
BIBLIOTHÈQUE
SR





Nos 1-2. — 3-6 JANVIER 1940. 113e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ETRANGER
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.	Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Etudiants : 30 francs par an.	Tous les autres pays : 90 francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.



SOMMAIRE

Nos abonnés sont priés de bien vouloir nous faire connaître leurs changements d'adresse.

INFORMATIONS

Au début de l'année qui s'ouvre, comment n'adresserions-nous pas nos vœux ardents aux lecteurs de la Gazette. Beaucoup d'entre eux ont quitté leur foyer. Notre pensée va d'abord vers les confrères et les étudiants mobilisés dont le dévouement et la patience sont si rudement mis à l'épreuve ; vers ceux de l'intérieur aux prises avec les difficultés de la vie actuelle ; vers ceux, enfin, qui, récemment démobilisés, ont tant de peine à reconstituer leur clientèle et à reconstruire leur foyer...

A tous nous souhaitons une année plus heureuse que celle qui vient de prendre fin. A tous, nous répétons notre confiance dans la victoire définitive des forces morales sur la barbarie.

Faculté de Médecine de Paris. — *Leçon inaugurale du professeur Velter.* — Le professeur Velter a pris possession le vendredi 22 décembre de la chaire de clinique ophtalmologique illustrée à l'Hôtel-Dieu par les grands maîtres que furent Panas, de Lapersonne, et que vient de quitter Félix Terrien, atteint par la limite d'âge.

Malgré les vacances de la fin de l'année, le grand amphithéâtre de la Faculté était rempli d'un public sympathique et attentif ; au premier rang, Mme de Lapersonne et son fils.

Après l'allocution de bienvenue de M. le Doyen, M. Velter adresse son remerciement à M. le recteur Roussy, à M. le doyen Tiffeneau, à ses collègues, à Baudouin, qui l'a toujours si heureusement guidé, à Thierry de Martel, à Claude, à Terrien, au regretté Morax.

De sa belle leçon, fort applaudie, retenons surtout le magnifique éloge de M. de Lapersonne, qui fut un très grand ophtalmologiste dont le nom restera universellement respecté.

Secrétariat de la Faculté. — Les consignations d'examen en vue de la session normale de 1940 seront reçues au Secrétariat du mardi 3 janvier au samedi 20 janvier.

Anatomie. — Dès la rentrée des vacances de Noël et du Jour de l'An, M. le professeur Rouvière continuera l'étude de l'abdomen le mercredi de chaque semaine.

Les leçons du lundi et du vendredi s'adresseront plus particulièrement aux étudiants de 1re année et auront pour sujet l'anatomie du thorax.

Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie. — Enseignement spécial en vue de l'obtention du diplôme d'hygiène (cours de perfectionnement), sous la direction de M. L. Tanon, professeur d'hygiène, et de M. P. Joannon, agrégé. Sous-

directeur : M. Ph. Navarre. Chef des travaux : M. Marcel Clerc. Assistants : MM. N. Lantz et Matruchot.

Ce cours, destiné à former des médecins hygiénistes spécialisés, comprend :

1° Une série de travaux pratiques de bactériologie ; 2° Une série de travaux pratiques de parasitologie ; 3° Une série de conférences d'hygiène et d'épidémiologie ; 4° Des séances d'instruction dans les divers services hospitaliers et des visites d'installations d'hygiène.

Il commencera le 15 janvier, à 14 h. 1/2, pour la bactériologie, et le 4 mars à 14 h. 1/2 au laboratoire d'hygiène pour l'enseignement spécial d'hygiène. Il durera jusqu'à mi-juin et sera suivi d'un examen sanctionné par un diplôme.

Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

En raison des circonstances, des modifications pourront être apportées aux horaires et à diverses parties du programme.

LIVRES NOUVEAUX

Chronique des Pasquier. Le combat contre les ombres, par Georges Duhamel, Paris, 1939, in-18 de 313 pages.

Dans cette nouvelle série, qu'attendaient avec impatience les admirateurs de M. Georges Duhamel, nous retrouvons tous les membres de la famille Pasquier. Que sont-ils devenus depuis que nous les avons quittés ? Cécile n'est plus parmi nous ; le cœur meurtri par la mort de son bébé, elle s'est retirée dans son art. Joseph continue à brasser des affaires. Quant au fondateur de la dynastie, il a commencé par diriger une officine où il soignait la timidité, jusqu'au moment où il part pour l'Algérie avec sa dactylographe, fugue qui plonge dans le désarroi la dolente Mme Pasquier. Passons sur Suzanne, insaisissable, et sur Fernand, plus falot que jamais, pour parler plus longuement de Laurent.

Vous vous rappelez qu'il a été, à 27 ans, décoré de la Légion d'honneur pour avoir essayé sur lui-même, avant de le livrer à la consommation, un nouveau vaccin. Il est chef de service à l'Institut de biologie, secrétaire du *Journal de Biologie*. Ses chefs le tiennent en haute estime. Il n'est pas encore au milieu du chemin de la vie et déjà tous s'accordent à lui prédire le plus brillant avenir.

Hélas ! La malchance veut qu'il hérite d'un garçon de laboratoire que tous ses collègues ont vomi. Si ce Birault se contentait d'être grossier, malodorant et brouillon ! Mais il s'est arrangé pour suractiver le vaccin qu'il était chargé d'atténuer. Laurent, qui s'est aperçu à temps de la faute, le met à la porte.

Birault n'est pas homme à se laisser faire. Il va trouver le directeur de l'Institut, un nommé Larminat, qui, du point de vue scientifique, peut être comparé au zéro absolu des physiciens, et, du point de vue moral, mériterait d'être rangé « parmi les gens de la plus basse qualité ». Comment le vieux cuistre ne prendrait-il pas fait et cause pour le subordonné contre le supérieur ?

Après réflexion, Laurent se décide à écrire aux journaux une lettre où il expose la grande pitié d'un laboratoire quand, par exception, le personnel subalterne est dépourvu de conscience. La lettre est impersonnelle et digne, mais, quand elle paraît, son auteur ne la reconnaît plus. On lui a mis un « chapeau », on en a divisé le texte en plusieurs petits paquets précédés de titres tapageurs. Grand scandale ! Une certaine presse déclenche contre lui une campagne à laquelle rien ne manque, rien, pas même la visite à l'intéressé d'un représentant de l'honorable corporation des *Maîtres Chanteurs*. Joseph le désavoue. Ses camarades le poignardent dans le dos. De ses « patrons », la plupart le vendent pour 30 deniers. On veut lui faire perdre, en même temps que sa situation scientifique, sa sécurité matérielle. Il peut se croire revenu au *Jardin des bêtes sauvages*, au milieu des rapaces, des loups-cerviers, des hyènes et des requins. En quelques jours, le voici déshonoré et pauvre. Doit-il abandonner la partie ? Non, car il lui reste dans sa détresse l'amitié et l'amour. La première est personnifiée, comme toujours, par Justin Weil, ce non-aryen si sympathique, avec « ses beaux yeux d'Orient, ses yeux chargés « de vapeurs, de nuit mouvante et de rêve ». Quant à l'amour, il lui est apporté par une jeune assistante sociale, Jacqueline, qui, mieux que quiconque, a su comprendre cette âme souffrante. Dès l'abord, il a senti qu'il devait lui engager sa foi. A mainte reprise, il a songé que, le soir, en rentrant, il pourrait « montrer du doigt un point dans le chaos, et dire : « Là est mon foyer, là est ma chère « maison, c'est là que vont toutes mes pensées, c'est vers « cet endroit béni que je me tourne quand je cherche mon « chemin ». Ils vont se marier. Malheureusement, nous sommes à la fin de juillet 1914 et la guerre éclate. Laurent rejoint son poste aux armées. Après *Le combat contre les ombres*, le combat contre Attila et ses hordes sombres. Après le combat, la victoire, et, peut-être, des années d'une douce félicité.

Dans ce nouvel ouvrage, notre brillant confrère fait preuve des qualités éminentes qui, depuis longtemps, ont assuré son succès : dons du style, finesse de l'analyse psychologique, sens de l'observation, aisance à amener les situations les plus dramatiques. Rien d'émouvant, à ce sujet, comme les dernières pages, auxquelles les événements donnent une si poignante actualité. L. Babonneix.

Nécrologie

— Le Dr Frédéric Leduc (aux armées).

— Dr René Gayet, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, décédé accidentellement le 19 décembre.

— Le médecin-lieutenant de réserve Sylvain Bachman, mort pour la France.


DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE
LES
2
MÉDICAMENTS
CARDIAQUES
ESSENTIELS
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
Laboratoires DEGLAUDE, 15, Bd. Pasteur, Paris-XVe
Médicaments cardiaques spécialisés

REVUE GENERALE

FORMES CLINIQUES DES PARALYSIES CUBITALES

G. Carrière, professeur de clinique médicale à la Faculté de Lille et J. Paris, ex-interne des hôpitaux de Lille

La perte des fonctions de conductibilité nerveuse du nerf cubital constitue par définition la paralysie cubitale. Ces fonctions peuvent être perturbées différemment suivant la nature de la lésion du nerf : section, compression, irritation, etc. Il s'ensuit une série de formes cliniques dont la différenciation s'impose avant d'envisager tout traitement Nous allons les étudier successivement en prenant pour type de description celui réalisé par une section du nerf datant de un mois environ (1).

***

La section du nerf cubital entraîne un déficit moteur, des modifications de la réflectivité et des troubles sensitifs, vaso-moteurs, caloriques, sécrétoires et trophiques.

I. LES TROUBLES MOTEURS

Le nerf cubital commande à l'avant-bras le muscle cubital antérieur et les faisceaux internes du muscle fléchisseur commun profond des doigts. Mais c'est surtout aux muscles de la main que se rendent ses fibres motrices. Sa branche terminale superficielle, sensitive principalement, n'innerve que le muscle palmaire cutané. La branche terminale profonde, purement motrice, commande les trois muscles hypothénariens : adducteur, court fléchisseur et opposant du petit doigt, les trois interosseux palmaires, les quatre interosseux dorsaux, les deux lombricaux internes, l'adducteur et le faisceau interne du court fléchisseur du pouce. Dans le cas de section du nerf, ces muscles perdent à la fois leurs propriétés de tonicité et de contractilité. L'absence de la première, par le jeu des antagonistes contribue à déformer la main et à créer des attitudes anormales ; l'absence de la seconde entraîne des perturbations fonctionnelles. Nous allons étudier successivement la main au repos et la main en action.

A) Examen de la main au repos.

Les amyotrophies ayant eu le temps de se produire donnent à la main un aspect normal qui s'ajoute aux attitudes anormales créées par la prédominance des muscles antagonistes des muscles paralysés.

1° Aspect de la main.

Il est caractérisé par :

— *Un amaigrissement des éminences et des espaces interosseux.*

La main, vue par sa face dorsale, présente un véritable aspect squelettique par la fonte des interosseux. La face palmaire est plane, sans relief. Le premier espace interosseux devient une excavation en salière.

— *Un aplatissement de la voûte des métacarpiens.*

Normalement, la main n'a pas ses métacarpiens sur un même plan : sa face dorsale est convexe dans le sens transversal par suite de la tonicité des interosseux et du palmaire cutané. L'aplatissement de la voûte des métacarpiens est, pour Massé, un excellent signe de paralysie cubitale.

Mais, en plus, la paralysie des interosseux permet aux métacarpiens de se mobiliser les uns sur les autres, rendant le gril métacarpien mou et dissocié.

— *Une diminution du diamètre transversal de la main.*

Par suite de la fonte des muscles hypothénariens qui enrobent la face cubitale du cinquième métacarpien, la main perd près de 1 centimètre de largeur. Cette diminution du diamètre transversal est encore augmentée à la longue par l'aplatissement transversal ostéo-porotique des têtes des métacarpiens.

— *Une flexion exagérée de la main qui devient tombante.*

André Thomas a insisté sur le fait que dans les paralysies cubitales, lorsque les coudes du sujet reposent sur une table, les avant-bras étant fléchis et élevés verticalement, la main paralysée tombe davantage que la main saine et parfois autant que dans beaucoup de paralysies radiales. Il s'agirait d'un déséquilibre tonique entre les extenseurs et les fléchisseurs avec augmentation de la flexion par hyperextension des premières phalanges. Il faudrait en outre tenir compte de la paralysie du filet nerveux pour le ligament antérieur du carpe.

2° Attitudes anormales des doigts.

Elles consistent en :

— *Flexion de la plalangette et extension de la phalange du pouce.*

Comme l'a établi Duchenne (de Boulogne), la phalangette du pouce est, dans l'attitude normale, en extension et même en hyperextension sur la phalange, tandis que la phalange est légèrement fléchie sur le premier métacarpien. Ceci est dû au jeu de tout un système de muscles ; en effet :

La seconde phalange possède normalement :

1 fléchisseur, le long fléchisseur innervé par le médian ;

3 extenseurs, le long extenseur innervé par le radial, le muscle sésamoïdien interne ou adducteur du pouce innervé par le cubital, le muscle sésamoïdien externe ou court fléchisseur innervé par le cubital et le médian. Ces deux derniers se poursuivant par des bandelettes tendineuses qui s'insèrent sur le tendon extenseur à la façon des interosseux et des lombricaux.

La première phalange a normalement :

1 extenseur, le court extenseur innervé par le radial ;

3 fléchisseurs, deux directs, les mêmes muscles sésamoïdiens interne et externe, et un indirect, le long fléchisseur du pouce.

Il apparaît donc que lors de paralysie cubitale, la phalangette perdra ses deux extenseurs les plus importants et se mettra en flexion puisque le long fléchisseur sera le muscle à tonus dominant. Naturellement, la première phalange restera en extension pour des raisons analogues.

Seulement, comme l'innervation du muscle sésamoïdien externe (court fléchisseur du pouce) est variable, il y aura des degrés dans cette déformation.

Dans la forme la plus complète, le pouce aura nettement l'aspect d'un piton à crochet irréductible rapidement.

Dans le degré moyen, il n'y aura plus qu'une simple flexion de la phalangette.

Dans le degré le plus léger, la phalange distale ne pourra se mettre en hyperextension et même si elle le pouvait, ne pourrait la garder par suite de fatigue rapide.

Cette déformation a été parfaitement étudiée par Jeanne (de Rouen), qui avait attiré l'attention des cliniciens sur cette particularité en 1899, 1902, puis en 1915. Elle est désignée depuis sous le nom de signe de Jeanne. Elle n'est pas spécifique de la paralysie cubitale, car elle se trouve, plus accusée d'ailleurs, dans les déficits médio-cubitaux.

(1) Pour une étude plus complète des paralysies cubitales, basée sur 154 observations originales, voir : G. Carrière, J. Paris et P. Poteau : *Les Paralysies cubitales*, un volume de 104 pages. Doin, éditeur, 1938.

— *Troubles statiques dus à la paralysie de l'adducteur du pouce.*

On pourrait s'attendre à trouver le pouce en abduction, mais il n'en est rien : Babinski et Froment ont montré en 1918 le rôle adducteur du long extenseur du pouce pour le premier métacarpien. Comme ce muscle diverge par rapport à l'axe de la main, sa contraction tonique a pour effet de ramener ce métacarpien le long de la face externe et palmaire du second. L'angle obtus rentrant qui existe normalement entre le carpe et le bord externe du premier métacarpien tend donc à devenir plat.

Cette paralysie de l'adducteur du pouce entraîne en outre la rotation de la première phalange et par là de tout le pouce sur l'extrémité distale du premier métacarpien ; il s'ensuit que la pulpe de ce doigt ne regarde plus en avant et en dedans, mais nettement le bord externe de l'index.

Ces modifications peuvent se schématiser de la façon suivante : normalement (Duchenne), le bord externe de la main et du pouce fait deux angles obtus : l'un, rentrant, carpo-métacarpien, l'autre, ouvert en dehors, métacarpo-phalangien. La phalange distale étant en rectitude sur la proximale.

Dans la paralysie cubitale (Babinski et Froment), il n'existe plus qu'un angle à sommet externe phalango-phalangettien, les deux autres sont plats.

— *Troubles statiques au niveau de l'auriculaire.*

Il existe une légère abduction permanente de ce doigt due à l'action du tendon du long extenseur du cinquième. Ici, l'extenseur est abducteur pour les mêmes raisons qu'il est adducteur pour le pouce.

— *Griffe, dite cubitale.*

Bien étudiée par Duret, en 1872, et surtout par Sauvaire, en 1904, la griffe cubitale est la déformation majeure de la paralysie de ce nerf. Elle est due essentiellement à la paralysie des interosseux et des deux lombricaux internes avec, dans les sections hautes, celle des faisceaux internes du fléchisseur commun profond. Il s'ensuit deux types de griffes : la griffe par lésion haute (ou complète) et la griffe par lésion basse (ou des interosseux).

La griffe par lésion haute comprend la griffe des interosseux et des modifications supplémentaires dues à la perte du tonus des faisceaux internes du fléchisseur commun profond. La paralysie des interosseux crée deux attitudes segmentaires des doigts :

Une extension et même une hypertension de la première phalange sur chaque métacarpien ;

Une flexion sur celle-ci des deuxièmes phalanges ; les phalanges distales étant en extension sur ces dernières.

Cette déformation est la conséquence du déficit tonique produit par la section du nerf sur les interosseux et les lombricaux internes. La première phalange se met en extension étant sous l'action unique de l'extenseur des doigts, la seconde se fléchissant par l'action du fléchisseur commun superficiel.

Mais cette attitude des doigts varie de l'index à l'auriculaire : d'habitude, l'index et le médius sont peu touchés, les annulaire et auriculaire beaucoup plus, avec une gradation croissante du deuxième au cinquième doigt. Ceci tient au rôle des lombricaux : en effet, conservés pour les deuxième et troisième doigts, ils permettent à ceux-ci d'avoir leur première phalange fléchie et leurs seconde et troisième étendues, sans doute sans force, mais avec une certaine facilité. Par contre, les lombricaux internes étant paralysés, l'annulaire et l'auriculaire ont l'attitude en griffe accusée avec maximum au niveau du cinquième par paralysie associée des interosseux et du court fléchisseur du petit doigt.

Comme la lésion est haute, il y a en outre paralysie des faisceaux internes du muscle fléchisseur commun des doigts, ce qui produit l'extension de la phalangette sur la phalangine.

La griffe par lésion basse (sous-jacente à la naissance des branches collatérales du nerf pour les muscles cubital antérieur et fléchisseur commun profond) est identique à la précédente quant à la griffe des interosseux, mais diffère par l'adjonction d'une flexion des phalangettes sur les phalangines au niveau des quatrième et cinquième doigts. Cette griffe se présente donc avec un crochet complet, beaucoup plus marqué que dans le cas précédent.

— *Déformation de la main en marteau.*

Hesnard, en 1916, a ajouté à ces déformations de la main dans la paralysie cubitale, une modification nette dans les cas anciens et qu'il a dénommée, par analogie avec les orteils en marteau, « main en marteau ».

Cette déformation consiste en une exagération manifeste de la saillie palmaire sous-jacente à l'articulation métacarpo-phalangienne, et en une exagération de la cambrure dorsale correspondante de la main. La griffe se surajoutant donne à la main, vue de profil, une sorte d'enroulement en S ou en col de cygne dont la tête serait représentée par les extrémités digitales.

Prédominante à l'auriculaire, elle est due à l'hyperextension des premières phalanges sur les métacarpiens et à la flexion des deux phalanges distales.

Si l'hyperextension est moindre, la déformation est alors comparable à ce qui existe normalement au niveau du pied. C'est ce que Hesnard a appelé la « main plantaire ».

Nous venons de voir quels sont les renseignements qu'apporte l'examen de la main au repos ; considérons maintenant le déficit moteur dynamique.

B) Examen de la main en action.

I. Troubles de la motilité volontaire.

Nous allons étudier les différents moyens qui permettent de mettre en évidence la perturbation des mouvements dépendant de l'action des divers muscles innervés par le nerf cubital.

a) Dans le cas de paralysie par section basse :

1° Perturbation des mouvements dépendant de l'action des interosseux.

En plus de la fonction d'extension et de flexion des phalanges, dont la perte engendre la griffe, les interosseux et les lombricaux écartent et rapprochent les doigts les uns des autres, de telle façon que les dorsaux soient abducteurs par rapport à l'axe de la main, et que les palmaires soient adducteurs.

Les épreuves cliniques suivantes permettent d'objectiver les déficits moteurs.

— Epreuve du gouvernail :

Si l'on fait mettre la main en mi-supination, mi-pronation et fait fléchir les phalanges sur les métacarpiens, les deuxième et troisième étant étendues les unes sur les autres, il est facile d'obtenir chez le sujet normal des mouvements analogues à celui qu'un pilote imprime à un gouvernail pour faire changer la direction de son bateau. Ces mouvements spécifiques des interosseux et des lombricaux ne sont pas complètement abolis dans la paralysie cubitale. Ils sont possibles grâce aux suppléances des longs tendons, mais sont cependant sans force et incomplets surtout au niveau des quatrième et cinquième doigts.

Ce procédé met donc en évidence la perte de la flexion de la phalange et de l'extension des deux autres.

— Epreuve de l'éventail :

Cette dernière objective au contraire la perte plus ou moins complète des mouvements de latéralité des doigts.

Le nerf cubital innervant tous les interosseux, sa paralysie devrait empêcher tout mouvement d'écartement ou de rapprochement des doigts. Or, les chefs distaux des exten-

seurs sont abducteurs des doigts par rapport à l'axe de la main, sauf pour le médius pour lequel ils sont sans action (le tendon pour ce doigt étant rectiligne depuis le ligament postérieur du carpe jusqu'à la première phalange).

Ce serait, pour Tinel, les longs tendons des fléchisseurs qui réaliseraient par le même procédé l'adduction des doigts.

Il n'y aura donc qu'un seul moyen sûr de diagnostiquer la perte des mouvements de latéralité des doigts en constatant l'impossibilité pour le sujet de porter son médius en dedans ou en dehors. C'est le test de Pitres et Testut.

2° Perturbation des mouvements dépendant de l'adducteur et du faisceau interne du court fléchisseur du pouce.

Duchenne a montré que ces deux muscles n'étaient pas uniquement et toujours adducteurs du pouce, que leur action était différente suivant la position qu'occupait ce doigt et qu'ainsi ils pouvaient le porter selon les cas en adduction, en abduction, en extension ou en flexion, mais surtout le long du métacarpe sur un plan légèrement antérieur.

L'adducteur et le faisceau interne du court fléchisseur prennent donc une part dans l'acte de l'opposition, mais une part légère, car les muscles abducteurs et opposant du pouce innervés par le médian réalisent ce mouvement d'une façon presque parfaite dans les paralysies cubitales.

Pour étudier la perturbation des mouvemnts dus à la paralysie de ces deux muscles, Pitres et Testut ont conseillé l'épreuve dite de l'arc de cercle, qui est la suivante :

La main étant étendue en supination, on fait appliquer le pouce le long de l'index et on prie le sujet de bien vouloir porter ce doigt en adduction forcée, en suivant aussi exactement que possible la ligne des articulations métacarpo-phalangiennes.

Le sujet normal exécute ce mouvement en deux phases ·

D'abord les phalanges du pouce étant en extension, le premier métacarpien se rapproche de la ligne axiale de la main, jusqu'au deuxième espace interdigital, puis, pour atteindre le sillon métacarpo-phalangien des quatrième et cinquième doigts, il lui faut fléchir la phalange distale afin de ne pas quitter le contact cutané d'une part et de ne pas réaliser de rotation du métacarpien sur son axe, d'autre part.

Le sujet paralysé, au contraire, réalise cette épreuve d'une façon toute particulière :

Nous avons vu que sa phalange distale reste fléchie sur la proximale, même lorsque la main est au repos ; comme elle ne peut être redressée par ce mouvement, l'épreuve ne pourra se faire que la phalangette fléchie. Mais si le sujet normal peut la réaliser complètement, le sujet paralysé, une fois qu'il a atteint le second espace interdigital, a son métacarpien qui pivote brusquement sur son axe de dehors en dedans entraînant les phalanges qu'il supporte. Il se produit un mouvement demi-circulaire en vol plané au-dessus du médius avec reprise de contact au niveau de la base de l'annulaire. Le mouvement en reste là. Cette rotation en arc de cercle est due à l'action du court abducteur et de l'opposant, non freinée par l'adducteur et le faisceau interne du court fléchisseur du pouce paralysés.

3° Perturbation des mouvements dépendant des muscles hypothénariens.

Tous les muscles de cette région destinés au petit doigt sont innervés par le cubital. On pourrait donc penser à un déficit moteur très accusé de ce doigt. Il n'en est rien ; en effet, s'il existe réellement, il est masqué par la griffe d'une part, et suppléé par l'action des longs tendons extenseurs et fléchisseurs d'autre part. Cependant, l'impossibilité pour le sujet de réaliser des mouvements d'adduction de l'auriculaire témoigne de la paralysie de l'adducteur du petit doigt.

4° Perturbation des mouvements de préhension et d'opposition où les mouvements du pouce sont associés à des mouvements corrélatifs des autres doigts.

Les mouvements de préhension et d'opposition demandent aux muscles de la main une contraction d'ensemble de certains d'entre eux dont les modalités varient avec chacun des cas. C'est ainsi que certains gestes courants sont impossibles chez le sujet paralysé. Ils deviennent donc des tests de paralysie du nerf cubital quand ils sont spécifiquement perturbés dans cette affection.

Epreuve du creusement de la main en coquille.

Ce mouvement consiste à rapprocher l'éminence hypothénar de la région thénarienne afin d'augmenter la hauteur des bords de la main, tout en exagérant la concavité de la paume ; il est donc produit surtout par les interosseux et les lombricaux. Il est impossible dans la paralysie cubitale.

Epreuve du calice.

Ce mouvement est également impossible : il n'y a plus de courbure du gril métacarpien et celle-ci ne peut être rétablie activement. Les doigts ne peuvent donc se placer en rond, autour d'un axe fictif passant par le centre de la main.

Epreuve des boucles.

Les paralysés ne peuvent faire entrer en contact la pulpe de leur pouce avec celle de leur annulaire ou de leur auriculaire. Ils ne peuvent donc réaliser les boucles, sauf avec leur index et leur médius.

Epreuve des chiquenaudes.

Elle est à rapprocher de la précédente, car si les boucles ne sont pas possibles au niveau des quatrième et cinquième doigts, il n'y a aucune raison que ces mouvements soient réalisables.

Epreuve du faisceau.

Comme pour ces deux dernières épreuves, celle-ci n'est pas complète par suite du manque de ralliement des deux derniers doigts qui restent en dehors, si bien que le pouce entre en contact avec l'index et le médius, mais non avec les quatre doigts, comme cela se passe chez le sujet normal.

Ces signes que nous venons de décrire sont pour Pitres et Testut des épreuves de grande valeur sémiologique, car ils sont caractéristiques des paralysies du nerf cubital.

Signe de Froment.

Ce signe, non moins important, décrit par Froment en 1915, découle de l'étude attentive du mécanisme de la préhension.

Il existe deux types principaux de préhension suivant qu'elle est énergique ou délicate :

a) La préhension énergique ou en extension.

Le pouce, dans ce cas, étend sa deuxième phalange et s'applique fortement contre l'index replié sous lui en crochet pour lui adhérer de toute sa longueur. Il y a donc pour l'objet situé entre le pouce et l'index une grande surface de contact dans une pince due à la contraction de l'adducteur, du faisceau du court fléchisseur, enfin du court abducteur du pouce.

Il y a rapprochement du premier métacarpien du second, flexion de la phalange proximale du pouce contre les doigts sous-jacents, enfin extension de la deuxième phalange du pouce.

Ces mouvements sont des mouvements d'interosseux palmaires : or, l'adducteur et le court fléchisseur du pouce ont été considérés comme de véritables muscles interosseux palmaires.

On peut donc affirmer que la préhension énergique est essentiellement due à la contraction de l'adducteur du pouce.

b) La préhension délicate ou en flexion.

Dans ce mouvement, le pouce s'arc-boute en fléchissant la deuxième phalange et en se mettant en contact par sa pulpe avec le bord externe de celle de l'index dont les der-

nières phalanges sont également fléchies. On peut donc tenir les objets fins « du bout des doigts ». Il n'y a pas de rôle de l'adducteur du pouce ; il y a une simple boucle entre le pouce et l'index pour laquelle entrent surtout en jeu les longs tendons fléchisseurs et extenseurs.

On conçoit donc aisément que la préhension forte soit perturbée dans la paralysie cubitale et que le sujet ainsi atteint soit obligé de réaliser dans tous les cas la prise suivant le second mode. Il s'ensuit donc un déficit considérable, car la préhension en flexion n'est nullement capable d'être énergique. Cette épreuve peut s'objectiver aisément lorsqu'on demande à un sujet paralysé de réaliser des tractions sur un journal plié : il pratique de la main saine une préhension énergique et de sa main paralysée une pince en flexion. Il s'ensuit une asymétrie toujours nette et de grande valeur diagnostique puisque Descoust l'a trouvée 198 fois sur 200 paralysies cubitales. Ce signe de Froment est spécifique de paralysie cubitale et manque même dans les paralysies médio-cubitales.

b) Dans le cas de paralysie par section haute.

Quand la lésion porte au-dessus de la naissance des branches collatérales pour le muscle cubital antérieur et les faisceaux internes du fléchisseur commun profond, se surajoutent aux troubles précédents ceux qui sont dus à la paralysie de ces muscles. Il existe deux tests de paralysie du fléchisseur commun profond, ce sont :

L'épreuve du grattage :

Ce test, dû à Pitres et Testut, consiste à faire appliquer les faces palmaires des poignets du sujet l'une contre l'autre et de faire gratter avec l'annulaire ou l'auriculaire de la main paralysée la paume de l'autre main. Ce grattage demande l'intégrité du faisceau interne du fléchisseur commun profond qui fléchit la phalangette.

Cette épreuve délicate à interpréter peut être remplacée par la suivante :

Extension et flexion isolées de la phalangette des quatrième et cinquième doigts.

Etudiée par Pitres et Testut et l'un de nous, cette épreuve se recherche de la façon suivante :

Il faut fixer entre le pouce et l'index la phalangine du doigt du sujet et ordonner de faire effort pour fléchir la phalangette sur la phalangine. Si le malade y réussit, c'est que les fibres du fléchisseur commun profond ont conservé leur motilité volontaire.

II. Troubles de la motilité passive.

Dans le cas de section du nerf cubital, ces troubles sont absents. Seulement une réaction fibro-tendineuse cicatricielle par atteinte directe des muscles ou infection secondaire de ses fibres, peut entraîner outre une aggravation de la griffe, une irréductibilité de celle-ci entravant l'utilisation fonctionnelle de la main.

La recherche de la motilité passive mettra en évidence cette rétraction fibro-tendineuse cicatricielle.

II. LES TROUBLES SENSITIFS

Très fréquemment intenses, ils sont très facilement décelables et d'un gros appoint pour le diagnostic. Dans la section du nerf, il s'agit d'une anesthésie complète à tous les modes de tout le territoire cutané du nerf ainsi que toute la région musculo-tendino-osseuse et articulaire correspondante.

a) Troubles de la sensibilité objective :

1° La sensibilité cutanée.

Les anatomistes considèrent le territoire cutané du nerf cubital comme comprenant tout l'auriculaire, les moitiés internes dorsale et palmaire de l'annulaire, la moitié externe dorsale de la première phalange de ce doigt, la moitié interne et dorsale de la première phalange du médius, enfin les régions palmaire et dorsale correspondantes de la main.

La clinique montre dans les paralysies cubitales par section complète, des troubles de la sensibilité dans la totalité de cette zone ; mais cependant l'anesthésie complète à tous les modes n'existe d'une façon constante qu'au niveau de l'auriculaire. Ce doigt est insensible au toucher, à la piqûre, au chaud, au froid et à la pression profonde.

Dans le reste du domaine, il n'existe qu'une hypoesthésie à la piqûre, le sujet répond « touche » quand on le pique ; bien souvent, il y a une hypoesthésie au tact et une anesthésie thermique complète.

Examiné aussitôt après la section de son nerf, le sujet présente cependant une anesthésie complète à tous les modes dans le territoire classique ou plutôt dans la totalité du territoire cutané de son nerf cubital. Seulement, des suppléances s'établissent rapidement dans les parties limitrophes des domaines cutanés des nerfs voisins. Ces suppléances, une fois constituées, restent immuables et cette fixité des troubles sensitifs plaide toujours en faveur d'une section du nerf.

2° La sensibilité musculaire, osseuse et articulaire.

Comme la sensibilité cutanée, elle est complètement abolie qu'il s'agisse de sensibilité osseuse, du sens des attitudes ou de la pression des masses musculaires. Le territoire en dessous de la blessure est totalement indolore.

b) Troubles de la sensibilité subjective :

Il peut exister un léger fourmillement localisé au niveau de la lésion nerveuse : Tinel, qui l'a étudié tout particulièrement, le considère comme un témoin de l'existence de cylindre-axes jeunes en voie de prolifération.

III. LES TROUBLES RÉFLEXES

Les avis sont très partagés quant à l'état des réflexes dans la paralysie cubitale. C'est ainsi que Mme Athanassio-Benisty affirme qu'ils ne sont pas influencés, tandis que Pitres et Testut pensent qu'ils sont en grande partie conservés. En 1915, J. Déjerine, Mme Déjerine et J. Mouzon les signalaient comme abolis dans la section complète. Il n'y aurait que le réflexe tendineux cubito-pronateur d'altéré.

Par contre, la contraction idio-musculaire se fait avec lenteur quand on excite les muscles de la main mécaniquement par percussion. Il existe assez rapidement une décontraction lente du muscle percuté ; cette contraction s'atténue à la longue, pour disparaître lorsque le muscle est complètement désorganisé.

IV. LES TROUBLES VASO-MOTEURS, CALORIQUES, SECRÉTOIRES ET TROPHIQUES

a) Troubles vaso-moteurs et caloriques.

Intimement liés, ces troubles existent d'une façon très fréquente et apparaissent dans les premiers jours qui suivent la section nerveuse. Il y a une vaso-dilatation très marquée dans le domaine cutané du nerf : la peau est rosée, chaude, avec un certain degré de succulence, cependant sans œdème. Les téguments deviennent même cyanosés. Or cette hyperémie ne dure pas longtemps : elle disparaît en quelques semaines pour faire place à un refroidissement de la région cubitale de la main.

b) Troubles secrétoires.

Dans la section du nerf, la sudation est fréquemment abolie dans le domaine cutané correspondant.

D'ordinaire, la peau est sèche, parfois écailleuse, même squameuse, et les épreuves des papiers virants au tournesol, préconisés par H. Claude et Stephen Chauvet, puis par Jumentie, en 1915, ne montrent pas la moindre décoloration ou le plus léger virage au rouge.

c) **Troubles trophiques.**

— La peau est sèche et desquame abondamment. Elle présente alors un aspect écailleux, mais peut se modifier davantage et prendre soit le type de l'hyperkératose en nappe ou en îlot surtout dans la région hypothénarienne, soit celui du glossy-skin avec atrophie du derme et peau luisante d'un rouge plus ou moins foncé.

— Les ongles ont une croissance ralentie, rarement normale. Ils sont modifiés dans leur forme uniquement au niveau des quatrième et cinquième doigts. Ils sont, suivant les observations, cassants, secs, durs ou friables, striés longitudinalement ou en travers, enfin incurvés.

— Si les os sont souvent atteints à la longue d'ostéoporose, il est relativement rare de trouver de la rigidité articulaire permettant la production de subluxation comme dans le cas de Duchenne.

— Dès le début de l'évolution de la paralysie, le muscle, ayant perdu son tonus, est mou, puis pseudo-fluctuant. Il diminue alors rapidement de volume, faisant place parfois à de la graisse. Au bout d'un mois, les muscles sont complètement fondus. L'amyotrophie est déjà nettement visible, mais peut être facilement contrôlée par la palpation bidigitale.

Pour le muscle cubital antérieur et les faisceaux internes du fléchisseur commun profond, il suffit de commander au sujet d'exécuter un mouvement dans lequel ils devraient se contracter, pour ne pas sentir leurs corps charnus durcir et leurs tendons saillir sous la peau et pour apprécier en même temps leur fonte.

V. TROUBLES DES RÉACTIONS ÉLECTRIQUES

Après la section du nerf, il existe, dans les heures qui suivent sa production, une hyperexcitabilité faradique et galvanique qui cèdera rapidement la place à une hypoexcitabilité, puis à une inexcitabilité du nerf à la fin de la première semaine. L'excitabilité faradique décroît progressivement pour être totale au bout d'une quinzaine de jours. Pendant cette période, il y a, en général, de l'hyperexcitabilité galvanique qui est rapidement remplacée par de l'hypoexcitabilité à ce mode de courant. On arrive alors rapidement à une réaction de dégénérescence totale :

Inexcitabilité du nerf aux courants faradique et galvanique ;

Inexcitabilité faradique du muscle ;

Excitabilité galvanique du muscle augmentée ou diminuée ;

Secousse lente ou contaction galvanotonique, réaction de Doumer.

Inversion de la formule polaire.

Une réaction, peu recherchée, est celle de la conductibilité du nerf entre un point sus-jacent et un autre sous-jacent à la lésion. Schiff, sur des nerfs comprimés, trouva que s'ils étaient inexcitables avec des courants forts en-dessous de la lésion, ils continuaient néanmoins à répondre pour des excitations portées au-dessus. Appliquée par Claude, Vigouroux et Dumas en 1915, par Battez et Desplats en 1916, à la recherche de la nature des lésions des nerfs, cette notion permet, s'il y a persistance de la conductibilité, d'éliminer l'interruption du nerf. La réciproque n'est pas vraie.

S'il n'existe pas de réaction électrique spécifique de section, il en existe cependant qui permettent d'en écarter le diagnostic, et d'autres, dont la réunion la fait redouter.

a) **Réactions qui obligent à écarter la section :**

1° La réaction de Doumer incomplète ou des modifications seulement quantitatives de l'excitabilité.

2° L'absence d'hyperexcitabilité longitudinale ou de lenteur de NF au point moteur.

3° La réaction de conductibilité.

b) **Réactions qui conduisent à une présomption** (**en aucun cas à une certitude**) **de section** :

1° L'évolution rapide vers la réaction de Doumer.

2° L'absence de la réaction de conductibilité.

3° L'inversion polaire pour le seuil.

4° La répartition de la réaction de Doumer au même degré dans tout le territoire.

5° La persistance exclusive de l'hyperexcitabilité longitudinale.

6° L'inexcitabilité absolue rapidement atteinte.

Quant à la chronaxie, Bourguignon a montré qu'elle peut varier de 1/3 à 10 fois sa valeur normale pour une contraction restée vive et qu'elle atteint 5 à 15 fois sa valeur normale quand il n'existe qu'un ralentissement de la décontraction. La chronaxie peut atteindre 10 à 20 fois sa valeur quand il y a galvanotonus et 20 à 70 fois quand il y a contraction lente, réaction myotonique sans galvanotonus.

Cette valeur normale de la chronaxie est de 0,26 à 0,36 σ pour le nerf cubital et les muscles qu'il commande.

Après la section, la chronaxie musculaire devient égale au 1/3 ou au 1/2 de sa valeur initiale, puis atteint dans les heures qui suivent une valeur inverse qui, croissant progressivement, pourra atteindre plusieurs centièmes de seconde. Enfin, après avoir atteint 40 à 60 fois sa valeur initiale, elle se stabilise tant que les fibres musculaires ne seront pas résorbées ; à ce moment, même avec des courants très forts, il n'y aura plus de contraction visible, donc de détermination chronaxique possible.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 13 DÉCEMBRE 1939

Une technique d'injections péridurales intrarachidiennes. — M. Jacques Huguier reprend en la transformant et en l'améliorant la technique de Dogliotti. Il indique avec soin et précision la technique qu'il emploie pour injecter l'espace péridural à travers le trou de conjugaison. Ces injections diffusent très bien dans l'espace péridural de l'autre côté et en hauteur. Cette technique a un triple intérêt diagnostique, thérapeutique et surtout anesthésique. Il faut injecter dans l'espace péridural pour que l'action anesthésique soit effectuée. On reconnaît cet espace par la pression négative, à son niveau. Cette méthode est plus qu'une transformation de la méthode de Dogliotti, dont elle n'a pas les difficultés techniques et dont elle a les avantages.

M. Robert Monod. — Cette méthode n'a pas les dangers de la méthode de Dogliotti, qui demande une grande habileté technique, et fait toujours courir le danger d'injecter sous la dure-mère la dose d'anesthésique mortelle à ce niveau.

L'anesthésie est excellente. En conclusion, cette méthode que M. Monod avait encouragé Huguier à mettre au point, a tous les avantages et toute la perfection technique de la rachianesthésie, sans en avoir aucun des dangers et particulièrement les accidents bulbaires.

A propos d'un nouvel anesthésique français endoveineux : le narcangyl. — M. Wolfromm. — Le narcangyl est un produit français récent dont l'approvisionnement est aisé. En raison des circonstances, M. Wolfromm présente les résultats d'une très courte expérience pratique et d'expériences pharmacologiques. Ce produit, qui a les mêmes indications que l'évipan, le même emploi donne de bonnes anesthésies dans la majorité des cas et semble ne pas avoir de danger ni de contre-indications.

M. Robert Monod. — L'évipan a l'avantage d'une anesthésie rapide et d'une action courte, donc d'une élimination rapide. On peut entretenir l'anesthésie en répétant les injections ; il y avait intérêt à trouver un anesthésique équivalent qu'on puisse se procurer aisément comme le narcangyl.

Bistouri électrique en chirurgie de guerre. — M. Heitz-Boyer, dans une communication très riche et complète, difficile à résumer, rappelle les avantages et la technique de l'utilisation du bistouri électrique, de l'électro-coagulation et de l'étincelage, précisant les indications et l'emploi des courants coupant, coagulant ou mixte.

MM. Amelin, Chevrier, Sauvé prennent part à la discussion sur les avantages du bistouri électrique dans certaines plaies.

M. Toupet présente une *parotide* de 28 grammes enlevée en presque totalité pour une tumeur mixte du pôle supérieur qui grossissait sans blessure notable du nerf facial.

M. Truffert présente un très beau film en couleur d'une très belle intervention : *une résection atypique du maxillaire inférieur pour un épithélioma ayant récidiver et envahi l'os.* (A *suivre*).

PRATIQUE MÉDICALE

Spasmes et Pantopon

Quand il s'agit de soulager la douleur, le pantopon calme souvent d'une façon immédiate.

Dans les névralgies, même les névralgies dentaires, on peut faire une injection de pantopon, mais dans les crises hépatiques ou néphrétiques, il vaut mieux une injection de spasmalgine.

On sait que le pantopon représente tous les alcaloïdes de l'opium sous forme de chlorhydrates solubles. On peut l'administrer sous forme de sirop, de comprimés et d'ampoules.

La spasmalgine qui se présente sous forme de comprimés, de suppositoires et d'ampoules est une association de pantopon, de papavérine et d'atrinal (ester sulfurique d'atropine).

Chaque fois qu'il y a un spasme, c'est-à-dire dans les coliques hépatiques et néphrétiques, dans les crises angineuses, les maladies du poumon, la laryngite, etc., il est facile de comprendre que la spasmalgine agit mieux, mais dans tous les autres cas, on peut donner le pantopon qui, notamment, en chirurgie, ne présente que des avantages. On a pu dire que le pantopon était le sédatif chirurgical parfait, qu'on l'injecte avant l'anesthésie, ou qu'on l'injecte après l'opération.

De même dans la cystite, les rhumatismes, la tuberculose pulmonaire, les affections cérébrales, les délires toxiques, bref, dans toutes les maladies graves une injection de pantopon au moment opportun rend les plus grands services.

Même chez les enfants, on peut faire prendre le pantopon, sous forme d'ampoules, mais il est évident qu'on injectera tout d'abord 1/4 puis 1/2 ampoule ; la plupart des médecins et chirurgiens d'enfants ont remarqué que l'opium, donc le pantopon, est toujours parfaitement supporté par les enfants.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 3-4. — 10-13 JANVIER 1940. 113e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Le service d'urologie de M. le professeur Marion est ouvert à l'hôpital Lariboisière depuis le 1er janvier 1940.

Hospices civils de Bône (Algérie). — *4 postes* d'internes provisoires étant vacants, les candidats voudront bien adresser le plus tôt possible leur demande à M. le Directeur des Hospices civils de Bône.

Cette demande devra autant que possible être accompagnée de certificats justifiant les connaissances du candidat.

Les emplois d'internes provisoires à l'hôptal civil de Bône peuvent être attribués aux étudiants en médecine. Français, justifiant d'au moins 12 inscriptions.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Directeur des hospices de Bône.

Faculté de Médecine de Paris. — Par décret en date du 20 décembre 1939, rendu sur la proposition du ministre de l'Education nationale, le titre de professeur honoraire de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris est conféré à MM. Carnot, Claude, Clerc et Terrien, professeurs à cette Faculté, admis à faire valoir leurs droits à la retraite.

Faculté de Médecine de Strasbourg. — On sait que toutes les Facultés de l'Université de Strasbourg ont été transférées à Clermont-Ferrand, dès le début des hostilités. C'est dans cette ville que se poursuivent les cours et que les étudiants candidats aux examens doivent réclamer leurs dossiers.

Notre confrère, *Strasbourg Médical*, qui continue à paraître, a transféré provisoirement sa rédaction à Plombières-les-Bains (Vosges).

Académie de Médecine. — De nouveaux prix seront à décerner en 1940 : deux nouvelles parts de 10.000 francs sur la fondation Jansen. Un prix Gaston Fournier de 5.000 francs (médecine du travail). Un second prix Rousilhe de 10.000 francs (maladies vénériennes).

— COMMISSIONS PERMANENTES 1940. — *Hygiène et maladies contagieuses.* — MM. Vincent, Bezançon, Dopter, Martin, Balthazard, Renault, Marchoux, Brouardel, Lesage. Lesné, Lemierre, Ramon, Debré, Tanon.

Eaux minérales. — MM. Siredey, Desgrez, Carnot, Tiffeneau, Radais, Le Noir, Rathery, Loeper, Villaret.

Vaccine. — MM. Martin, Petit, Nobécourt, Renault, Couvelaire, Lereboullet, Ramon, Brindeau, Tanon, Guérin.

Hygiène de l'enfance. — MM. Marfan, Nobécourt, Renault, Marchoux, Couvelaire, Lesage, Lesné.

Sérums. — MM. Martin, Renault, Radais, Ramon, Weinberg.

Tuberculose. — MM. Marfan, Bezançon, Sergent, Renault, Mauclaire, Brouardel, Lesné, Rist, Guérin, Ribadeau-Dumas.

Hygiène et pathologie exotiques. — MM. Vincent, Brumpt, Marchoux, Lapicque, Perrot, Rist, Lasnet, Tanon, Vallery-Radot, Godart, Mathis.

Institut supérieur de vaccine. — Le Conseil et la Commission de la vaccine.

Laboratoire de contrôle des médicaments antisyphilitiques. — Le Conseil et MM. Guillain, Tiffeneau et Milian.

Laboratoire des contrôles chimiques, microbiologiques et physiologiques. — Le Conseil et MM. Martin, Carnot, Delépine, Radais, Portier, Ramon, Mayer.

Comité de publication. — MM. Achard, Martin, Duval, Renault, Brouardel, Tiffeneau, Nobécourt, Lapicque.

Commission du dictionnaire. — MM. Roger, Achard, Souques, Hartmann, Faure, Dumas, Lenormant, Villaret, Laignel-Lavastine, Duhamel.

Commission des membres libres. — MM. les Membres de la Section et MM. Barrier, Vincent, Roger, Hartmann, Lapicque, Radais.

Commission des associés. — MM. Barrier, Vincent, Roger, Hartmann, Sergent, Faure, Regaud, Lapicque, Duval, Tiffeneau, Roussy, Bertrand.

Légion d'honneur. — Marine (*active*) : *commandeur*, M. le médecin général de 2e classe Le Berre.

Oxygénothérapie mobile aux armées. — Il importait de mettre à la disposition des troupes en campagne des installations mobiles d'oxygénothérapie, capables d'être facilement transportées et rapidement montées là où besoin serait.

Comme suite à la présentation faite à l'Académie de médecine par le médecin général Maisonnet, directeur du Service de Santé au ministère de la Guerre, et le professeur Léon Binet, membre de l'Académie, au cours de la séance du 19 décembre 1939, l'inauguration de 8 camions d'oxygénothérapie a eu lieu récemment dans un fort de la région parisienne.

A cette cérémonie, présidée par M. H. Ducos, sous-secrétaire d'Etat à la Défense Nationale, 8 camions équipés grâce aux directives du professeur Léon Binet et au généreux concours de Mme Henry de Jouvenel, veuve de l'ambassadeur, ont été remis à l'aide major général du Service de Santé.

Ces camions renferment une réserve de 70.000 litres d'oxygène, répartis en 10 tubes facilement mobiles sur des chariots appropriés. Les appareils de distribution constitués par des manodistributeurs et des canalisations à 4, 6 ou 8 prises, amènent l'oxygène dans les masques légers.

Colonies. — Le *Journal Officiel* du 24 décembre publie un décret relatif au recrutement et au statut du cadre des assimilés spéciaux indigènes du Corps de Santé des troupes coloniales en Afrique orientale française. Ces médecins et pharmaciens munis du diplôme de fin d'études de l'Ecole de Tananarive jouiront de mesures analogues à celles prises à l'égard des médecins et pharmaciens indochinois et recevront le grade de sous-officier ou d'officier à titre indigène.

— Médaille des épidémies : *Médaille de vermeil* : MM. Torresi, Marque, Antonini, Le Gall.

Médaille d'argent : MM. le Frou, Milliau, Joyeux, Rakatonoely, Marzel Sili, Trinquier.

Médaille de bronze : MM. Charbonnier, Rabezandrlana, Muraine, Moustardier, Rodallec, Ngo-Dang-Nganh, Bécuwe, Robin, Gounelle, Nguyen Ngoc Thien, Astesiano, Mutcr- Kam Leck, Creste, Gueye, Tran Van Loi.

Mentions honorables : MM. Bernos, Do-Van, Dubroca, Ravelojaona, Huynh Kham, Nebié, N'Diaye Mellé, Dié-Kakou, Audemard, Dambelé Karamoko.

Santé Publique. — Les fonctionnaires du Service sanitaire maritime (directeurs de la Santé, médecins de la Santé, officiers de la Santé) sont autorisés à s'armer dans l'exercice ou à l'occasion de leurs fonctions (*J. O.*, 24 décembre 1939).

Le Code de la famille. — Le *Journal Officiel* du 1er janvier 1940 publie un arrêté relatif à l'institution de primes à la première naissance.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Un projet de loi concernant les médecins étrangers

Le Dr Cousin, député de Paris, vient de déposer un projet de loi limitant l'exercice de la profession pour les médecins étrangers, âgés de moins de 50 ans, qui n'auront pas demandé à contracter un engagement pour la durée de la guerre dans les dix premiers mois des hostilités.

La loi n'admet aucune dérogation ; elle comporte des dispositions rigoureuses et elle prévoit des sanctions sévères.

Nécrologie

Nous apprenons avec peine le décès du médecin colonel Georges Lardennois, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Laennec, chirurgien consultant à l'inspection général du Service de Santé au G. Q. G., commandeur de la Légion d'honneur, décédé à Paris, à l'âge de 61 ans.

— Le professeur Adrien Pozzi, directeur honoraire de l'Ecole de Médecine de Reims, ancien député, ancien maire de Reims, décédé à la Rochelle, le 9 décembre.

— Dr Louis Rougier, de Lyon).

— Dr Benoît Chognon, à Saint-Jean-des-Ollières (Puy-de-Dôme).

— Dr Joseph Fievet (à Malo-les-Bains), ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté catholique de Lille, ancien président du Syndicat des Médecins de Dunkerque.

— Le médecin général René Jude, commandeur de la Légion d'honneur.


sirop "roche"
au thiocol
toutes les
affections
des voies
respiratoires
Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
10, Rue Crillon —— PARIS

REVUE GENERALE

FORMES CLINIQUES DES PARALYSIES CUBITALES (1)

G. Carrière, professeur de clinique médicale à la Faculté de Lille et J. Paris, ex-interne des hôpitaux de Lille

(Suite et fin)

I. SYNDROME D'INTERRUPTION COMPLÈTE DU NERF

Pris comme type de description clinique des paralysies cubitales, le syndrome d'interruption complète du nerf présente quelques caractéristiques importantes dont la réunion possède une grande valeur présomptive de section du nerf.

Outre la totalité de la paralysie et de la perte du tonus musculaire, il faut insister sur l'absence de douleur à la pression du tronc nerveux au-dessous de la lésion ainsi qu'à la pression des masses musculaires. Il n'existe pas davantage de sensibilité des muscles aux courants électriques intenses.

La perte de la sensibilité est complète et fixe, une fois les suppléances par les nerfs voisins réalisées, dans le domaine cutané, articulaire et osseux du cubital. Il s'ajoute à cette abolition de la sensibilité objective, une anesthésie subjective totale : il n'y a aucun phénomène paresthésique et surtout jamais d'hyperesthésie une fois la paralysie nettement constituée.

Le réflexe périosté cubito-pronateur est diminué ou aboli. Enfin, l'amyotrophie rapide, le peu d'importance des troubles trophiques, la totalité de la réaction de Doumer au-dessous de la lésion, l'exagération de la contraction idiomusculaire sont autant de faits entraînant la présomption de section du nerf.

II. SYNDROME DE COMPRESSION DU NERF

Beaucoup moins net que le précédent, le syndrome de compression, parfois facile à différencier, souvent difficile à séparer d'un syndrome de section récente, présente cependant des caractères propres.

Il existe une griffe molle, souple, facilement réductible comme dans la section, mais qui est incomplète à tous les points de vue : motricité, sensibilité et trophicité.

Au début de la compression, il n'y a aucun trouble moteur marqué grâce aux suppléances motrices des longs tendons. La griffe n'est qu'ébauchée avec légère flexion de l'annulaire et de l'auriculaire et avec atrophie peu marquée de l'éminence hypothénar et de l'adducteur du pouce.

Si la compression continue à s'exercer, l'hypotonie des interosseux augmente et entraîne la production de la griffe classique.

Au point de vue de la sensibilité subjective, il n'y a pas de douleurs spontanées et de paresthésie. Quant à la sensibilité objective, elle est incomplète surtout à la piqûre ; il n'y a jamais de sensibilité douloureuse à la pression des masses musculaires et des troncs nerveux, ni d'hyperesthésie.

Pour ce qui est des troubles vaso-moteurs, caloriques, secrétoires et trophiques, il nous faut insister sur la fréquence de la cyanose et surtout sur l'exagération de la sudation dans le domaine du cubital : cette dernière peut aller de la simple moiteur constante jusqu'à l'hyperhydrose continuelle.

Enfin, la peau, souvent couverte de sueurs, est le siège d'une macération importante, parfois infectée. Elle peut cependant être sèche et présenter du glossy-skin, de l'hyperkératose ou des callosités.

Les ongles sont de mauvaise qualité : durs et cassants. striés ; ils poussent souvent rapidement et tombent parfois sans douleur.

Ces troubles trophiques peuvent être plus accusés, surtout si de légers phénomènes d'irritation se surajoutent à la compression. Il existe alors des ulcérations lentes à cicatriser siégeant en un point quelconque du territoire cutané du nerf et qui succèdent soit à des brûlures non perçues. soit, comme dans le cas de J. Tinel, à un simple bain galvanique à 10-15 milliampères. Ces ulcérations peuvent se produire parfois spontanément. Elles peuvent entraîner des amputations spontanées à moins qu'une libération chirurgicale du nerf comprimé n'arrête l'évolution destructrice.

L'examen électrique affirmera la conservation de la conductibilité nerveuse : les excitabilités faradique et galvanique étant plus ou moins fortement diminuées suivant l'importance de la compression, pour être finalement et alors tardivement abolies.

Donc, en présence d'une griffe souple, réductible, molle avec une simple diminution de la sensibilité et l'absence de signes d'irritation névritique, que nous allons voir, il faut penser à la paralysie du nerf par compression.

III. SYNDROME D'IRRITATION NÉVRITIQUE

La paralysie cubitale par névrite se présente en effet d'une façon toute spéciale. Le déficit moteur est souvent léger, parfois même difficile à mettre en évidence ; cependant, une fois constitué, il devient très grave, car la main se fixe dans l'attitude anormale sous l'effet d'un travail important de sclérose dû à la trophicité irritée.

Ce qui caractérise ce syndrome d'irritation sont les troubles de la sensibilité et ceux intenses de la trophicité. La sensibilité se montre exaltée avec une très vive hyperesthésie quand, dans les cas déjà anciens, ce n'est pas une anesthésie douloureuse.

En effet, les douleurs spontanées sur le trajet du nerf sont très importantes, de même que les doulers provoquées par la pression du tronc nerveux. En plus, les muscles antibrachiaux, hypothénariens et adducteur du pouce, sont le siège de douleurs vives par la pression à leur niveau.

Les troubles vaco-moteurs existent toujours avec surtout de la cyanose ; les troubles sécrétoires se manifestent par une sudation exagérée.

Quand aux troubles trophiques, ils sont à leur maximum ; la peau desquame sans cesse d'une façon visible, le derme s'infiltre au fur et à mesure que les muscles s'atrophient et deviennent ligneux, les ongles se fendillent, s'incurvent, poussent plus rapidement que normalement. Cette croissance exagérée des ongles n'est pas sans jouer un rôle dans le soulèvement de l'extrémité digitale en un petit bourrelet sous-inguéal souvent douloureux, bien étudié par Le Dantec et qui s'ulcère parfois. Ce petit ulcère ainsi formé paraît être pathognomonique de névrite.

A un degré de plus, nous assistons à l'établissement de phlyctènes ou même d'ulcérations atones, interminables véritables maux perforants, difficiles à guérir et qui peuvent entraîner des amputations spontanées (Bolten, F. Lobel, un cas personnel).

Si les troubles trophiques s'objeetivent plus aisément au niveau de la peau, ils existent aussi dans les tissus sous jacents. Ils ont pour conséquence de faire développer le tissu conjonctif, ce qui entraîne une sclérose importante faisant adhérer les gaines synoviales et les tendons, rétracter muscles et tendons, fixant ainsi la griffe. La sclérose peut même amener un épaississement avec rétraction de l'aponévrose palmaire : une véritable maladie de Dupuytren (Parhon et Tupa, un cas personnel).

Enfin, les articulations deviennent souvent rigides, surtout les phalango-phalanginiennes de l'auriculaire ou de

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux*, nos 1-2, 1940.

l'annulaire : la rigidité reste limitée si l'irritation ne persiste pas et si la lésion nerveuse guérit, sinon elle augmente d'intensité fixant d'une façon définitive les articulations. Dans ce dernier cas, la mobilisation se trouve de plus en plus limitée au niveau des autres articulations phalangino-phalangettiennes et métacarpo-phalangiennes.

Ces modifications, au même titre que celles qui se produisent au niveau de la peau et des phanères, relèvent de troubles neurotrophiques de nature sympathique (Lévy-Franckel et Joster, Pitres et Testut).

Donc, griffe cubitale fixée avec hyperestésie, douleurs à la pression du nerf et des masses musculaires et importance des troubles trophiques, tels sont les caractères essentiels de la paralyie par irritation névritique.

IV. SYNDROMES DISSOCIÉS

Stoffel avait émis l'hypothèse de localisations fasciculaires pour les gros troncs nerveux des membres, mais ce furent les travaux de J. Dejerine, Mme Dejerine et J. Mouzon qui, en 1915, mirent au point cette question, d'abord pour le sciatique poplité externe, puis pour le cubital. Quelques mois plus tard, Pierre Marie, Gosset et H. Meige publiaient à l'Académie de Médecine (28 décembre 1915) de véritables faits expérimentaux obtenus au cours d'interventions chirurgicales par l'électrisation faradique fasciculaire à l'aide de l'électrode stérilisable de H. Meige.

C'est ainsi que l'électrisation directe, en évitant les phénomènes de diffusion, permit d'isoler au-dessus du coude deux groupes de fibres :

— L'un, externe, formé des fibres en rapport avec l'humérus, dont l'électrisation entraînait des réponses motrices du cubital antérieur, du faisceau interne du fléchisseur commun profond et de l'adducteur du pouce.

— L'autre, interne, formé des fibres superficielles répondant par l'électrisation au niveau des muscles hypothénariens et des interosseux, surtout les internes. Ces fibres assurant également la sensibilité du domaine du cubital.

La faradisation à l'avant-bras donnait de même des fibres externes pour l'adducteur du pouce et accessoirement les premiers interosseux et des fibres internes sensibles, trophiques et musculaires pour les derniers interosseux et l'éminence hypothénar.

Ces données expérimentales concordent nettement avec la clinique : en effet, dans deux observations publiées à la Société de Neurologie, en 1915, Dejerine, Mme Dejerine et J. Mouzon ont nettement prouvé pour la première un syndrome fasciculaire interne vérifié à l'opération (la lésion étant due à une chéloïde nerveuse partielle interne), la seconde, un syndrome dissocié externe avec paralysie complète du cubital antérieur, du fléchisseur commun profond (faisceaux internes) et de l'adducteur du pouce ; l'intervention a vérifié avec exactitude la localisation strictement externe de la lésion nerveuse brachiale.

Le nerf cubital peut donc être schématisé de la façon suivante ; en allant de dedans en dehors, se trouvent successivement les fibres cutanées sensitives et celles pour les muscles hypothénariens, puis celles pour les interosseux (les fibres les plus externes étant pour les interosseux les plus externes), ensuite, les fibres pour l'adducteur du pouce et le faisceau profond du court fléchisseur de ce doigt. Ces dernières fibres sont les plus superficielles à l'avant-bras ; elles sont recouvertes vers l'extérieur par celles se rendant au muscle cubital antérieur et aux faisceaux internes du fléchisseur commun profond des doigts au niveau du bras.

On peut, en quelque sorte, résumer cette topographie du nerf en disant qu'il conserve en lui-même sa topographie radiculaire : les fibres pour l'adducteur proviennent de la 8e paire cervicale et sont externes dans le nerf par rapport aux fibres pour les muscles hypothénariens qui proviennent de la 1re paire dorsale.

Il s'ensuit que si théoriquement les syndromes dissociés peuvent être très variés suivant la localisation de la lésion, ils se rattachent pratiquement à l'un ou à l'autre des deux types décrits par Dejerine, Mme Dejerine et Mouzon :

Le premier type par atteinte interne se manifeste à l'examen par une griffe importante à laquelle s'ajoutent des troubles sensitifs marqués.

Le second type, par atteinte des fibres externes, ne présente pas de griffe cubitale, mais une gêne très importante de la préhension énergique par simple paralysie de l'adducteur du pouce. Il y a dans ce cas le signe de Froment. Les autres muscles sont parésiés légèrement et il est très très difficile de rattacher ces troubles purement moteurs à une lésion cubitale. Dans le cas d'atteinte nerveuse au niveau du bras, il se surajoute une extension des phalangettes sur les phalangines.

V. FORMES DOULOUREUSES DE LA PARALYSIE CUBITALE

La douleur chez le sujet paralysé peut affecter deux formes essentielles faciles à différencier l'une de l'autre et qui ont été bien mises en évidence par H. Meige et Mme Athanassio-Benisty. Ces formes sont pour tous les nerfs périphériques : la forme névralgique et la forme causalgique.

Elles sont cependant peu fréquentes dans le cas de paralysie du cubital (30 % pour Meige et Mme Athanassio-Benisty).

a) La forme névralgique est la seule rencontrée en pratique. Elle se manifeste par des sensations de piqûre, des lancements le long des fibres nerveuses, se produisant par crises plus ou moins espacées. Cette forme névralgique peut être simplement sensitive, mais elle accompagne assez fréquemment un déficit moteur. Dans ce cas, l'atteinte nerveuse est souvent légère.

b) La forme causalgique est exceptionnelle. Weir Mitchell qui a décrit cette causalgie dans son mémoire de 1874 ne l'aurait constatée qu'une fois dans le cas de paralysie cubitale. Cette observation a d'ailleurs été discutée par Meige et Mme Athanassio-Benisty. Elle est cependant à rapprocher de celle publiée par Boursier (in *Thèse Blanchet*) et dans laquelle la lésion cubitale isolée est indiscutable.

VI. NÉVRITES LÉGÈRES AVEC CONTRACTURE

Cette forme s'apparente à la névrite par son substratum anatomique souvent léger et nécessite en outre un jeu de réflexes réalisable uniquement chez des sujets névropathes. Il s'agit d'une paralysie réflexe du même type que celles décrites par Babinski et Froment en 1920, avec réflectivité exagérée, même pendant la narcose chloroformique et qui ne sont donc pas pithiatiques ou hystériques. D'ailleurs, si la contracture peut être guérie par psychothérapie, il reste souvent un substratum anatomique, séquelle qui objective la lésion de base.

J. Tinel en a publié une observation très démonstrative, dans son article du Nouveau Traité de Médecine sur les paralysies cubitales.

VII. SYNDROME DE RÉGÉNÉRATION

Lorsque la régénération du nerf se réalise, il se produit toute une série de modifications qui, progressivement et dans un ordre souvent identique, aboutirent à la récupération presque intégrale de la sensibilité de la motricité, puis enfin des réactions électriques, de la trophicité et des réflexes.

Au bout de quelques semaines, apparaissent des douleurs spontanées sous forme d'élancements, de secousses vagues ou même de démangeaisons calmées par le grattage ou la friction. Elles siègent sur le trajet du nerf et irradient plus ou moins loin sur le bord interne de l'avant-bras ou de la main.

Des fourmillements à peine douloureux, vaguement désagréables, comparés par les sujets au passage d'un courant électrique, apparaissent vers la même date lorsqu'il est pressé sur le nerf. Ce test sur lequel J. Tinel a beaucoup insisté, serait un excellent témoin de cylindres axes jeunes en voie d'accroissement. Ces fourmillements existent à peine au point comprimé et diffèrent donc nettement des douleurs d'irritation névritique qui irradient peu et sont beaucoup plus intenses. Ce témoin de régénération paraît localisé au territoire cutané du nerf cubital.

Enfin et surtout, des modifications à type de rétrécissement des zones dysesthésiques prennent naissance. Cette diminution est facile à différencier de la récupération de sensibilité due aux suppléances médiane ou radiale, car ces dernières se produisent très précocement et sont donc en général constituées lorsque les premiers signes de régénération peuvent être notés ; enfin, ces zones de suppléances une fois acquises sont immuables. Les rétrécissements de la zone dysesthésique portent sur tous les modes de la sensibilité, mais est surtout analysable pour celle à la piqûre.

On note d'abord une anesthésie complète sur le bord cubital de la main et du petit doigt, tandis qu'en dehors l'anesthésie à la piqûre persiste et qu'il n'y a plus qu'une hypoesthésie au tact. Plus en dehors, le sujet commence à sentir légèrement la piqûre et perçoit nettement le tact : il n'y a plus que de l'hypoesthésie douloureuse.

Progressivement, il y a un déplacement de ces zones vers le bord interne de la main et, tandis que la zone d'anesthésie complète diminue de superficie, celle d'hypoesthésie douloureuse devient de plus en plus sensible à tous les modes, récupérant en dernier lieu la sensibilité thermique.

Enfin, en dernier ressort, il ne persiste qu'une hypoesthésie thermique au niveau du bord cubital de la main donnant une véritable dissociation de la sensibilité.

Mais lorsque la sensibilité est recouvrée, elle n'est pas de suite parfaite : il subsiste des paresthésies, des retards de sensation, des erreurs d'identification, des sensations inusitées, des erreurs de localisation, etc., qui ne disparaissent que lentement.

A mesure que se parfait la récupération sensitive, le retour de la motilité s'annonce par un rétablissement progressif du tonus musculaire qui modifie nettement les attitudes des doigts.

Puis, au bout d'un certain temps, des mouvements volontaires s'ébauchent avec des parakinésies variables, des saccades, des tremblements quasi-intensionnels. Il peut se surajouter des retards de contraction, des erreurs dans les mouvements simples et surtout dans les actes complexes qui nécessitent des associations musculaires dépendant du cubital et du médian.

Il y a donc une sorte de dysmétrie qui disparaît à la longue, tandis que les réactions électriques se modifient. La réaction de dégénérescence devient partielle. Il y a successivement un retour de l'excitabilité du nerf au courant faradique, puis au galvanique et en premier lieu aux chocs répétés d'induction. En excitant le nerf, on obtient une contraction vive du muscle encore inexcitable directement par le courant faradique et avec lenteur par le galvanique. Puis, peu à peu l'excitabilité faradique du muscle réapparaît, tandis que l'excitabilité par le courant galvanique perd son caractère de lenteur et que le point moteur reprend sa position normale. Enfin, l'ordre d'apparition normal des secousses se rétablit.

Cette évolution dure des mois et traduit la restauration anatomique.

Quant à la chronaxie, sa valeur diminue progressivement à mesure que se réalise le processus régénératif.

En dernier lieu, les muscles reprennent leur volume initial, tandis que l'état des téguments redevient normal, de même que les réflexes.

Cette récupération demande une durée variable suivant le niveau de la lésion et l'âge du sujet : elle est d'autant plus rapide que le malade est plus jeune. Il faut cependant en moyenne, après suture nerveuse, neuf mois à deux ans pour que le nerf récupère sa valeur fonctionnelle et cinq ans environ pour qu'il retrouve à peu près son excitabilité.

Un seul incident est à noter au cours de cette régénération. Dans le cas de lésion brachiale, il arrive un moment où les branches collatérales du nerf cubital pour les muscles cubital antérieur et fléchisseud commun profond sont recouvrés. Le retour du tonus et de la contractilité de ces muscles peut être pris pour une aggravation par le sujet. En effet, la griffe cubitale paraît s'aggraver par augmentation de la flexion des phalangettes sur les phalangines. Ce phénomène n'est que passager et durera tant que la récupération des muscles de la main ne sera pas réalisée.

Cette restauration sera-t-elle toujours parfaite ? Il est possible d'affirmer que la restitution ad integrum sera exceptionnelle. D'abord, le nerf étant fasciculé, il serait étonnant que les fibres aillent, comme mues par un tropisme spécifique, retrouver sans erreur le muscle auquel elles correspondent, d'où les parakinésies. Mais, de plus, la main inactive pendant de longs mois, a contracté des attitudes anormales qui ont modifié les surfaces articulaires. Il y aura donc des séquelles invincibles d'autant plus faibles que la physiothérapie aura été pratiquée et bien conduite.

Il faut tenir compte enfin des scléroses cicatricielles des muscles lésés en même temps que le nerf, et surtout des scléroses d'origine névritique qui resteront souvent impossible à réduire et contribueront à rendre le résultat imparfait du point de vue fonctionnel.

Il nous fait encore faire place parmi les formes cliniques des paralysies cubitales à une éventualité toute spéciale, dont l'étude pathogénique reste à parfaire, qui est celle de la paralysie avec syndrome de rétraction musculaire de type Volkmann.

Pendant la guerre, J. Tinel, H. Meige, et Mme Athanassio-Benisty, Pitres et Marchand ont signalé des maladies de Volkmann apparaissant secondaires à des plaies des nerfs et du cubital en particulier. D'autres observations furent également publiées lors de sections associées de l'artère et du nerf cubital. En 1933, André Thomas publiait un cas de Volkmann fruste avec paralysie du nerf cubital par compression due à un plâtre pour fracture du col de l'humérus; ce même auteur et Oberthur revenaient sur cette question à la Société de Neurologie, le 6 février 1936. Il est possible de se demander si les fibres trophiques intéressées par la lésion du nerf ne sont pas les simples responsables de ces syndromes de Volkmann surajouté aux paralysies cubitales.

***

Pour terminer cette étude, nous voudrions donner les indications thérapeutiques se rapportant à chacune des principales formes cliniques de paralysies cubitales.

Cette thérapeutique doit être à la fois curative et adjuvante : comme moyen curatifs de la lésion nerveuse, il faut réaliser le plus tôt possible la suture névrilemmique bout à bout ou la greffe dans le cas de section. Dans le cas de greffe, il semble que le meilleur greffon soit un fragment de nerf prélevé sur le sujet à opérer, par exemple, au niveau du musculo-cutané de la jambe.

Dans le cas de compression, la thérapeutique semble actuellement devoir être conduite en deux étapes : une première essentiellement électrologique dans laquelle tous les procédés de sclérolyse électrique (Newmann, Leduc, Delbet, Zimmern), ionique (Bourguignon et Chiray : 85 % de succès, Duhem et Marnani), radiothérapique (Bordier,

onus et Hesnard : 68 améliorations, dont 18 guérisons sur 890 cas) et même curiethérapiques (Simon Laborde : 9 guérisons, 18 échecs sur 34 cas graves) doivent être employés.

En cas d'échecs, c'est alors qu'il faut sans s'entêter avec ces diverses techniques, procéder à la libération chirurgicale du nerf avec engainement ou transplantation des fibres nerveuses ou même neurolyse opératoire.

Naturellement, l'ensemble de ces techniques ne sera indiqué que si la compression du nerf n'est pas due à une masse néoplasique osseuse ou autres : cal, ostéo-sarcome, exotose ostéogénique, ostéophyte rhumatismale, etc., dont l'ablation chirurgicale s'impose.

Enfin, dans le cas d'irritation névritique, outre les rares cas où la cause sera trouvée et traitée, ce sera la radiothérapie qui permettra d'obtenir les meilleurs résultats et peut-être les cocaïnisations stellaires répétées (Sousa Pereira).

En attendant les résultats de cette thérapeutique curative, il faudra soumettre le sujet à des cures physiothérapiques afin d'aider au maintien de l'état musculaire et articulaire.

Les interventions palliatives de R. Le Fort ne trouvent leur indication que dans le cas de paralysie avec griffe souple où tout espoir de régénération nerveuse est irrémédiablement perdu. Il en est de même du port des appareils de Gillot, de Chiray ou de Port.

Nous voyons donc que les paralysies cubitales peuvent se présenter en clinique sous différentes formes suivant la nature de la lésion nerveuse. A chacune de ces formes cliniques correspond une thérapeutique appropriée ne pouvant être appliquée efficacement que si le diagnostic de nature de la lésion est posé avec certitude par la clinique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 13 DÉCEMBRE 1939 (*suite*) (1)

Sur les vertus hémostatiques du rouge congo. — M. Lambret. — D'après les auteurs allemands, le rouge congo augmente le nombre des plaquettes, diminue le temps de saignement et de coagulation. M. Lambret a surtout une expérience pratique. Il emploie deux injections de 10 cm^3 de rouge congo à 1 % la veille et l'avant-veille de l'intervention. Chez certains malades, il lui a semblé diminuer ainsi notablement les hémorragies au cours de l'intervention. Dans certaines hémorragies, comme au cours d'un ulcus gastrique, de métrorragies chez une jeune fille, il a vu s'arrêter ou diminuer les hémorragies.

On sait l'affinité du rouge congo pour le tissu réticulo-endothélial, qui joue un rôle important dans l'hémostase.

Cette constatation élargit peut-être le chapitre des chromothérapies ; à des affinités histologiques correspondent peut-être des affinités biologiques.

M. Chevassu. — Dans les prostatectomies où le malade doit faire lui-même son hémostase, on est quelquefois ennuyé par des hémorragies secondaires.

On obtient une action coagulante énergique par une injection intraveineuse, poussée lentement (cinq minutes) d'une solution de 10 cm^3 de citrate de soude à 30 %. Il y a une violente réaction dans la demi-heure qui suit et une action hémostatique excellente sans aucun accident.

M. Lambret. — Le rouge congo ne donne aucune réaction. D'ailleurs, depuis longtemps, Roux (de Lausanne) l'employait systématiquement avant les interventions.

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux*, nos 1-2, 1940.

Le rôle du spasme dans le syndrome de Wolkmann. — MM. Funck Brentano et Hepp rapportent en détail une très belle observation. Après fracture de l'humérus, une artériectomie fut rendue nécessaire par une thrombose qui avait amené une ischémie grave de l'extrémité. On trouva une humérale spasmée, filiforme, oblitérée à hauteur du pli du coude. Une artériectomie localisée, n'enlevant pas tout le segment thrombosé fut suffisante pour ramener une meilleure circulation distale et ultérieurement une récupération fonctionnelle remarquable, mais non complète et accompagnée chez ce jeune garçon de troubles de la croissance. Il est à noter que cet enfant présentait et présente encore des troubles circulatoires bilatéraux des mains avec cyanose et refroidissement, ce qui semble faire jouer un rôle au terrain dans l'étiologie de l'affection.

M. Leveuf remarque la reprise des oscillations du niveau de l'avant-bras du côté blessé : 7,5 pour 3 de l'autre côté ; qu'il n'a jamais vues après artériectomie. Il cite une observation de syndrome de Wolkmann sans fracture montrant le rôle du plâtre trop serré dans l'étiologie.

Sur le rein polykystique partiel. — M. Fey. — Opérant pour une lithiase rénale un malade n'ayant plus qu'un rein, on découvrit un rein polykystique. On put enlever deux masses kystiques de la face antérieure du rein sans léser celui-ci, faire une pyélotomie avec d'excellentes suites opératoires.

Ce rein polykystique était sûrement unilatéral, car l'autre rein enlevé pour pyonéphrose calculeuse et conservé n'était pas polykystique. La dégénérescence était cliniquement partielle bien que la certitude anatomique ne puisse en être donnée. Enfin, ce rein polykystique unilatéral, qui est très exceptionnel, a permis une ablation des kystes sans néphrectomie, ce qui n'a été possible que dans un seul autre cas.

M. Chevassu n'a jamais vu de maladie kystique unilatérale et pense que la « polykystomie » est une maladie différente, peut-être même née d'un autre tissu.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 10 NOVEMBRE 1939

Leptospirose méningée pure à forme hémorragique. — M. Y. Boquien signale une nouvelle forme de leptospirose méningée pure caractérisée par un syndrome d'hémorragie méningée d'allure banale. Néanmoins, une injection conjonctivale marquée, de l'herpès, et quelques pétéchies, une épistaxis avaient fait penser cliniquement à de la leptospirose, ainsi que la notion du métier du malade (aide-cuisinier dans un hôtel où les rats étaient nombreux). Le séro-diagnostic spirochétosique fut fortement positif, à 1 pour 30.000; l'inoculation des urines au cobaye provoqua ultérieurement la mort du cobaye en plein ictère avec des hémorragies multiples ; de plus, une rechute typique de méningite survenue au dix-septième jour de la maladie vint également authentifier cette leptospirose méningée hémorragique.

Il y aura donc lieu, dans l'avenir, de rechercher systématiquement la leptospirose dans l'étiologie des hémorragies méningées.

Septicémie à hémophilus para-influenzae Pfeiffer. — MM. Faure-Beaulieu et Lévy Bruhl. — Observation clinique et bactériologique d'un cas de septicémie attribuable à cette forme particulière de bacille de Pfeiffer que la nomenclature actuelle désigne sous le nom de hemophilus para-influenzae.

Du point de vue clinique, la maladie a évolué vers la mort en quatre mois, reproduisant la plupart des traits donnés comme habituels aux septicémies à bacille de Pfeiffer par Lemierre et ses collaborateurs, à savoir : note

bucco-pharyngo-initiale, température modérée, absence de splénomégalie et surtout anémie profonde.

Par contre, l'histoire clinique s'est distinguée par une succession insolite de foyers erratiques et éphémères se développant dans le tissu cellulaire et ses annexes, faisant craindre chaque fois une suppuration imminente et se résorbant contre toute attente.

Le germe en cause se présentait sous l'aspect de fins bâtonnets gram négatifs dont le développement ne s'effectuait que sur des milieux en sang. Il s'agissait donc d'une bactérie du groupe des coccobacilles de Pfeiffer. L'étude des *facteurs de croissance dissociés* a permis de les rattacher à la variété dite *hemophilus para-influenzæ*, qui possède la propriété de synthétiser en eau peptonée le facteur X (hémine) et qui, d'ailleurs, est en cause dans la plupart des cas d'endocardite. Le pouvoir pathogène du microbe était nul pour le lapin, faible chez le cobaye ; la réaction de fixation du complément nettement positive avec le sérum du malade sur son propre germe.

Granulations « pathologiques » et tuberculose. — MM. R. Benda et Urquia s'autorisent du nombre important de leurs observations qui atteint, à l'heure actuelle, un total de 1.500, pour apporter toute une série de précision concernant :

a) La description générale des granulations « pathologiques », ainsi que les différents « types » qu'elles sont susceptibles de réaliser ;

b) Les relations entre ces anomalies leucocytaires et l'infection tuberculeuse ;

c) L'étude comparée des granulations « pathologiques » et des réactions tuberculiniques ;

d) Les conclusions pratiques que l'on peut déduire de cette recherche.

Celle-ci, en effet, ne se trouve en désaccord avec la clinique ou la bactériologie que dans l'infime majorité des cas, à savoir : 0,55 % des cas chez les tuberculeux avérés, 2,32 % chez les sujets sains en apparence, ou atteints d'une affection quelconque *non* tuberculeuse.

Les auteurs ont voulu surtout retenir de cette étude un moyen de dépistage rapide de la tuberculose, qui, loin de concurrencer les procédés d'investigations habituels, ne peut que s'associer à eux, et semble particulièrement précieux, surtout dans les circonstances actuelles, pour faciliter un premier triage, tant dans le recrutement militaire, que parmi les populations civiles repliées.

Les duodénites pseudo-ulcéreuses. Leur guérison fréquente par l'ablation de l'appendice chroniquement enflammé. — M. P. Brodin. — Si les duodénites pseudo-ulcéreuses sont actuellement mieux connues, grâce à une série de travaux récents, par contre, leur pathogénie mérite d'être précisée, car de sa connaissance découle le traitement préventif de cette grave complication.

Les duodénites pseudo-ulcéreuses sont en réalité la conséquence de la propagation au duodénum par voie lymphatique des infections de la région iléo-cæcale. Cette propagation détermine d'abord un simple spasme, puis un obstacle de plus en plus accentué aboutissant enfin à la périduodénite et aux adhérences aux organes voisins.

Leur traitement consiste donc à supprimer d'abord leur cause, c'est-à-dire les lésions iléo-cæcales, dont la plus importante est l'appendicite chronique, puis à traiter médicalement le retentissement duodénal et à n'envisager le traitement chirurgical (gastrectomie ou duodénojujénostomie) que lorsque les lésions sont déjà assez anciennes pour évoluer, pour leur propre compte, malgré la suppression de la cause qui leur a donné naissance.

VARIÉTÉS

Lamartine et l'Angleterre

Par L. Babonneix

Lamartine est des nôtres. Comme malade d'abord ; n'a-t-il pas, toute sa vie, joué *Le Chrétien mourant* ? Et aussi comme médecin : presque à chaque page de la *Correspondance*, il fait œuvre de sémiologiste, discute des diagnostics, fixe des pronostics, formule des ordonnances. Ne manquons donc jamais de rendre à ce grand confrère l'hommage dû à son génie, comme à son patriotisme. Ne sont-ils pas de lui ces beaux vers :

Ma patrie est partout où rayonne la France,
Où son génie éclate aux regards éblouis (1).

Et puisque, cette année (2), nous fêtons le Centenaire des *Recueillements poétiques*, rappelons qu'à deux reprises il célèbre dans ce livre l'amitié anglaise, ici dans l'*Epitaphe des prisonniers français morts pendant leur captivité en Angleterre à qui des officiers anglais ont élevé un monument par souscription* :

Vivants, ils ont porté les fers de l'Angleterre ;
Morts, ce noble pays leur offrit dans sa terre
L'hospitalité du tombeau.

là, dans le *Toast porté dans un banquet national des Gallois et des Bretons à Albergavenny, en Ecosse* :

Sous nos pas cadencés, faisons sonner la terre ;
C'est nous qui conduisons aux conquêtes du père
Les colonnes du genre humain...

Oh, sans doute, a-t-il aussi écrit, dans la *Marseillaise de la Paix* :

Vivent les nobles fils de la grave Allemagne.

N'empêche qu'il préfère de beaucoup les Anglais. Ne connaît-il pas à fond leur littérature ? N'a-t-il pas épousé l'une de leurs compatriotes? N'a-t-il pas vécu à Londres? Si, au moment de l'*Affaire du Droit de visite* et de l'*Affaire Pritchard*, leur souverain l'avait interrogé sur l'état des relations entre les deux pays, n'aurait-il pas répondu, comme devait le faire le maréchal Foch, au lendemain de la réoccupation de la Rhénanie par les troupes françaises : « Toujours amis, Sire » ?

(1) Lamartine, la Marseillaise de la paix, *Epitres et poésies diverses*.
(2) Article remis en octobre 1939.

CHRONIQUE

HISTOIRE DE LA CRÉATION DU DOCTORAT EN PHARMACIE D'ÉTAT

Un décret du 11 août 1939 a créé le doctorat en pharmacie d'*Etat* dans les Facultés de Pharmacie et les Facultés mixtes de Médecine et de Pharmacie.

Pour le postuler, le candidat doit être pharmacien et licencié ès sciences ; s'il n'est pas licencié, il peut présenter les certificats acceptés par les Facultés des Sciences pour les pharmaciens aspirant au doctorat ès sciences physiques ou naturelles, ou deux certificats d'études supérieurs qui seront délivrés par les Facultés de Pharmacie et les Facultés mixtes.

Telle est la nouvelle heureuse pour la pharmacie française et qui est la résultante des efforts continus de l'élite du Corps pharmaceutique, ce que l'histoire ne dit pas et que je voudrais résumer ici.

***

Deux hommes sont réellement à l'origine de la campagne qui vient *enfin* d'aboutir à un résultat positif : le maître et son élève, le professeur G. Chatin et le Dr Jean Mortagne, mon père. Les documents familiaux que je possède en font foi.

Peu après la guerre de 1870, G. Chatin, directeur de l'Ecole Supérieure de Pharmacie de Paris réclama avec insistance la création du doctorat en pharmacie : il obtint l'institution du *diplôme supérieur de pharmacie* en 1878. Deux obstacles lui furent opposés : l'un, d'ordre budgétaire, l'autre, le plus grave, d'ordre *médical*. Les médecins redoutaient de voir les pharmaciens faire de l'exercice illégal de la médecine sous le couvert du grade de *docteur*. Aujourd'hui, ils sont moins sévères, puisque certains accepteraient de donner le titre de docteur-dentiste à des hommes possédant moins de titres scientifiques.

En 1886, Jean Mordagne, au lendemain de la soutenance de sa thèse de pharmacien de 1re classe, à l'Ecole de Paris, se fit le défenseur du projet de création du doctorat que n'avait pu réussir son maître.

Ancien vice-président fondateur de l'*Association générale des Etudiants de Paris*, il connaissait les manœuvres obscures qui longtemps empêchèrent la pharmacie d'obtenir dans l'Université le rang qui lui était dû.

Installé à Castelnaudary et devenu un membre des plus actifs de la *Société de Pharmacie du Sud-Ouest*, où son père lui avait ouvert la voie, Jean Mordagne demande à cette réunion de pharmaciens de qualité de le mandater pour obtenir trois réformes solidaires les unes des autres et qui relèveraient le niveau moral de la profession.

« La transformation des Ecoles supérieures en Facultés avec tout ce que comporte ce terme ;

« La transformation du diplôme supérieur de pharmacien en doctorat en pharmacie.

« La transformation du diplôme de pharmacien en licence en pharmacie ».

Le mandat réclamé fut accordé à l'unanimité, et pendant des années mon père se fit son propagandiste. La brochure qu'il publia en 1888, à Paris, chez Berthier, alors boulevard Saint-Germain, sous le titre : *Questions d'enseignement pharmaceutique (licence et doctorat en pharmacie)* précise toute sa doctrine. Les bulletins de la *Société de Pharmacie du Sud-Ouest*, le journal toulousin *Le Progrès libéral*, *Le Matin* du 30 mai 1888 ont retracé les diverses phases de cette campagne salutaire. Au *Congrès national de Pharmacie*, tenu en 1889, à l'Ecole supérieure de Pharmacie de Paris, et à l'Assemblée générale de l'*Association générale des Pharmaciens de France*, Jean Mordagne obtint un plein succès.

Son projet et ses conclusions furent portées devant le Conseil supérieur de l'Instruction Publique où ils subirent, comme l'on peut penser, un temps d'arrêt, celui de l'assimilation.

Vers 1898, aussitôt, les Universités organisées par Poincaré et Liard, le doctorat d'Université (mention pharmacie) vit le jour ; mais il fallut attendre la création des Facultés de Pharmacie par M. Léon Bérard pour que le doctorat d'Etat put sortir des cartons poussiéreux où dorment tant d'utiles projets. Sa mise en sommeil fut de trop longue durée, car la Faculté nouvelle dut attendre dix-neuf ans avant d'avoir acquis le droit de délivrer le bonnet doctoral.

Néanmoins, félicitons-nous de voir le projet des pionniers de la grande réforme en partie réalisée. Il était juste de le rappeler.

La pharmacie a conquis de haute lutte, et sur tous les plans, le rang à laquelle lui donnent droit ses découvertes, les travaux de ses nombreux chercheurs et la grande culture de ses praticiens : la médecine l'a depuis longtemps reconnu.

Maurice Mordagne.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

N°s 5-6. — 17-20 JANVIER 1940. 113e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

: mois : 15 fr. — 6 mois · 30 fr. — 1 an : 54 fr.

Etudiants : 30 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.

Tous les autres pays : 90 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Faculté de Médecine de Paris. Cours de pathologie chirurgicale. — Le cours du professeur Mondor commencera (au lieu du mardi 16) le *mardi 23 janvier*, à 15 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté. Il continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Chaire d'hygiène. — Le cours de bactériologie préparatoire au diplôme d'hygiène commencera le 22 janvier à 14 heures.

Ecole de Médecine d'Angers. — Le concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, fixé au 12 février 1940 par l'arrêté du 9 août 1939, est reporté à une date ultérieure.

Légion d'honneur. — GUERRE (*active*).

Sont inscrits au tableau spécial de la Légion d'honneur ·

Pour commandeur : le médecin général inspecteur Plisson, les médecins généraux Mahaut et Maisonnet, les médecins colonels Maire et Soulié, le médecin colonel des troupes coloniales Bourgarel.

(*Réserve*) : le médecin lieutenant-colonel Charropin.

Pour officier : MM. Loiseau, Cayotte, Coulon, Touranjon, Pitois, Walter, de Chaisemartin, Avril, Razou, Jacob, Chaffaut, Brugeas, Gabrielle, Fiquet, Michel, Xambeu, Guyonnet, Guillobey, Brunel.

Troupes coloniales : MM. Dabadie, Toullec, Pascal, Bonneau, Advier, Boisseau, Boulle.

Pour chevalier : MM. Maitrerobert, Belot, Meidinger, Jabot, Grenier, Dayries, Moulines.

Troupes coloniales : MM. Robin, Riou, Lieurade, Germain, Favreaux.

Guerre (ACTIVE). — Sont promus :

Au grade de médecin colonel, MM. Godar et Pauron.

Au grade de médecin lieutenant-colonel, MM. Fontaine, Bardon, Dufilhol, Ryckebusch, Campaignolle, Dalidet, Thouverez.

Au grade de médecin commandant, MM. Matinier, d'Audibert-Caillé du Bourguet, Beck, Trial, Lemaistre, André, Leboucq.

Au grade de médecin capitaine, MM. Nardin, David, Dupuy, Boisbourdin, Roussel, Villat, Guericolas, Santini.

— (TROUPES COLONIALES). — Sont promus :

Au grade de médecin colonel, MM. Roussy, Bordes, Bois.

Au grade de médecin lieutenant-colonel, MM. Morin, Gucdon, Retières, Giordani, Caro, Dabbadie, Boisseau, Farinaud.

Au grade de médecin commandant, MM. Gauzy, Boulnois, Bernard-Lapommeray, Lemasson, Pieraggi, Lore, David, Fabry, Beaudiment, Favarel, d'Anella, Castelbon.

Au grade de médecin capitaine, MM. Boscq, Garbies, Kerguelen, Caillot, Robineau, Brunies, Lafontaine, Le Gouas, Poudevigne, Ayme, Rabier, Le Minor, Goerger, Bourguet, Dozoul, Doher, Jullien-Vieroz, Robin, Latouche, Barnay, Soumaire, Plumauzille, Buttin, Baillet, Coy, Gillot, Cyssau, Riou.

— Le *Journal Officiel* du 7 janvier publie une liste de médecins sous-lieutenants promus au grade de médecins-lieutenants.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Les premières promotions de médecins auxiliaires de la guerre et, bientôt, de médecins sous-lieutenants

A la suite de nos divers articles publiés dans la *Gazette des Hôpitaux* depuis le début de la guerre, nous avons reçu une volumineuse correspondance émanant des camarades mobilisés aux armées.

La plupart des lettres que nous avons lues et étudiées nous signalaient de nombreux cas d'espèce.

C'étaient tantôt des titulaires du brevet de la P. M. S., tantôt des docteurs n'ayant jamais servi, tantôt des internes des hôpitaux surpris d'être soldats de 2e classe, tantôt des étrangers, docteurs en médecine de l'Etat français, et engagés à la Légion étrangère, tantôt enfin des médecins auxiliaires, docteurs depuis plusieurs années. Tous espéraient de l'avancement.

Après un classement rigoureux de ces situations diverses, nous les avons signalées au ministère de la Guerre qui nous a toujours répondu avec la plus grande bienveillance. Ce que nous pouvons répondre par la voie de ce journal, c'est que l'armée ne peut pas s'occuper des situations personnelles de chacun ; la nécessité de la discipline *qui fait la force des armées* s'y oppose

Pour calmer les impatiences les plus justifiées, l'*Association corporative des étudiants en médecine de Paris* est en mesure de faire savoir que les pelotons d'E. O. R. du Service de Santé, ayant fonctionné du 15 septembre au 20 novembre 1939 pour les sursitaires (étudiants en médecine ou docteurs) arrivés au régiment à la mobilisation, ont terminé leurs cours.

Les examens de médecin auxiliaire sont terminés depuis le 1er décembre, et les titulaires dudit brevet ont rejoint les H. O. E. où ils compléteront leur instruction militaire sous la rubrique d' « *E. O. R. médecins* ». *Les docteurs seront les premiers nommés médecins auxiliaires d'ici quelques semaines, puis viendront les étudiants à vingt inscriptions ; enfin quelques temps après, les titulaires de seize, puis ceux à douze inscriptions.*

D'autre part, rassurons les *docteurs* rappelés qui sont médecins auxiliaires depuis leur temps de service actif : M. le Ministre de la Guerre et M. le médecin général Maisonnet ne les oublient pas, je puis le certifier. *L'Association corporative des étudiants en médecine de Paris*, qui connaît la sollicitude des grands chefs de l'armée et du Service de Santé pour TOUTE la grande famille médicale, témoigne une fois de plus sa reconnaissance à M. Edouard Daladier.

Maurice Mordagne.

Nécrologie

Georges Lardennois (1878-1940)

Georges Lardennois n'est plus. C'est un grand vide dans la chirurgie française.

Issu d'une famille médicale de Reims, où son père exerçait la médecine où son frère aîné, Henri, fut professeur de clinique chirurgicale et chirurgien chef de l'hôpital, Georges Lardennois a eu une carrière aussi rapide que brillante : interne des hôpitaux en 1901, aide d'anatomie en 1904, prosecteur en 1907, chirurgien des hôpitaux en 1910, il est nommé professeur agrégé en 1920.

Son activité scientifique a été considérable. Pendant la guerre de 1914, il a publié d'importants et multiples travaux sur la gangrène gazeuse dont il a établi les diverses formes cliniques ; on lui doit aussi un modèle d'attelle pour fracture du membre inférieur encore en usage actuellement.

Mais ce qui a fait surtout connaître Lardennois, ce sont ses recherches sur les affections chirurgicales du gros intestin : les hernies du gros intestin, la stase intestinale et les colites chroniques. Il a établi l'importance des dilatations du côlon gauche, le dolichocôlon, dans les stases intestinales chroniques et perfectionné la technique de la colectomie totale par l'emploi du décollement intercolo-épiploïque.

Cependant, ce n'étaient pas seulement sa valeur scientifique, son habileté chirurgicale qui avaient créé à Lardennois une situation considérable en clientèle, c'était aussi cette aménité, cette extrême amabilité, qui faisaient de lui un charmeur.

Lardennois s'est toujours préoccupé, nous l'avons dit, de la chirurgie de guerre. Il était un membre actif de l'Union fédérative des Médecins de réserve, dont il était président depuis 1932. Médecin-colonel, malgré sa santé déjà chancelante, il assura depuis la mobilisation la lourde charge de chirurgien consultant à l'Inspection générale du Service de Santé au G. Q. G. C'est là, en plein travail, que la maladie l'a terrassé, et est venue l'enlever à l'affection des siens, et celle de ses amis.

Que Mme Lardennois et sa famille veuille bien trouver ici l'expression de notre douloureuse sympathie.

M. Lance.


DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE
LES
2
MEDICAMENTS
CARDIAQUES
ESSENTIELS
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
Laboratoires DEGLAUDE, 15, Bd. Pasteur, Paris-XVe
Médicaments cardiaques spécialisés

QUELQUES DONNÉES ACTUELLES SUR LE TRAITEMENT DES TUMEURS DITES MIXTES DE LA PAROTIDE

Par Pierre Lance

De tout temps, les tumeurs de la parotide ont suscité de multiples travaux, surtout, d'ailleurs, dans le dessein d'en déterminer avec exactitude les aspects histologiques et, s'il était possible, la nature même.

Bien que le terme de tumeur « mixte » ait prêté à discussion, tous les auteurs classiques se sont mis d'accord pour admettre l'existence de deux variétés essentielles de tumeurs parotidiennes : les tumeurs dites « mixtes », d'une part, les épithéliomas infiltrants et les sarcomes, d'autre part. Aux premières encapsulées bénignes convenaient des opérations limitées : « l'énucléation intraparotidienne », à laquelle on ne substituait une intervention plus large qu'en cas de tumeur particulièrement volumineuse ; les épithéliomas infiltrés relevaient (sans grand espoir de guérison, d'ailleurs) d'une intervention plus large et plus mutilante : la parotidectomie totale.

Cette conception claire, mais un peu simpliste, a été battue en brêche depuis déjà plusieurs années ; tout d'abord, par les histologistes, qui ont mis en doute l'encapsulement, la nature parfaitement bénigne des tumeurs mixtes ; parmi les travaux les plus notables, nous citerons ceux de Masson (1924), Fry (1927), Moutier et Redon (1933) et enfin de Leroux, Leroux-Robert et Dillange (1933-1936). Aux arguments histologiques qui semblaient n'avoir eu aucune influence sur les conceptions thérapeutiques, sont venus s'ajouter des faits cliniques fournis principalement par l'étude des résultats post-opératoires éloignés : P. Duval et Redon, Frenyo, dès 1932 ; Mac Farland, en 1936, et tout récemment Roux-Berger et Mlle Jadlovker ont montré que l'énucléation intraparotidienne limitée exposait, avec une certaine fréquence, à des récidives dont la nature était loin d'être constamment bénigne..

Une récente discussion à l'Académie de Chirurgie (à la suite de la communication de M. Roux-Berger) a montré que l'accord était loin d'être fait et que les arguments invoqués étaient controuvés.

Il conviendrait de voir si vraiment les apports nouveaux réalisés dans le domaine histologique et dans le domaine clinique doivent inciter les chirurgiens à modifier ou non les règles opératoires admises jusqu'ici comme classiques.

***

Il n'est pas dans notre intention de reprendre même sommairement les arguments invoqués par chacune des différentes théories pathogéniques concernant les tumeurs mixtes. Il semble bien d'ailleurs que leur origine même ne soit pas univoque, et Masson, défenseur de la théorie épithéliale, admet la possibilité éventuelle du développement de tumeurs mixtes au dépens d'éléments hétérotopiques autres que les éléments épithéliaux.

A dire vrai, l'intérêt de la question ne porte pas tant sur la genèse exacte de la tumeur dite mixte, que sur sa nature histologique précise.

C'est précisément le point de vue auquel se sont placés Leroux et ses collaborateurs dans leur important travail basé sur l'étude histologique de 115 cas.

D'après ces auteurs, la tumeur mixte « *n'existe pas au sens histologique du terme* » ; elle est de nature épithéliale, et les différents aspects que l'on peut y rencontrer résultent avant tout des modifications que les éléments épithéliaux font subir au tissu conjonctif et réciproquement.

Les éléments d'une tumeur mixte proviennent essentiellement de la prolifération du tissu épithélial glandulaire acineux ou excréteur normal ; secondairement, cette prolifération détermine des modifications dans le stroma qui entoure les cellules épithéliales ; par un retentissement en cercle vicieux, la stroma-réaction est capable de déclencher des modifications du tissu épithélial. Mais à la base de tous ces éléments histologiques, il n'y a qu'une seule souche proliférante et celle-ci appartient uniquement à l'épithélioma salivaire.

Si l'on étudie, d'autre part, les rapports qui existent entre les divers éléments histologiques, on constate les faits suivants :

— *Dans les tumeurs jeunes* et principalement dans les zones périphériques de la tumeur sièges d'activité proliférante, il y a prédominance nette du tissu épithélial qui se présente :

— tantôt en formations canaliculaires, tubulaires ou acineuses ;

— tantôt sous forme de bourgeons ou de travées, au sein desquels certaines cellules subissent la maturation épidermoïde avec formation de globes cornés ;

— parfois, en disposition glanduliforme avec présence de cavités remplies d'un liquide muqueux.

Le tissu conjonctif n'a pas de caractère particulier : il est identique au stroma de soutien rencontré dans toute autre tumeur épithéliale.

— *Dans les tumeurs plus anciennes*, et surtout dans les parties centrales de la tumeur, le stroma est prépondérant ; il peut arriver à réaliser différents aspects : cylindromateux, endothéliforme, myxoïde, pseudo-cartilagineux.

Le tissu épithélial est clairsemé, réduit à quelques travées ou îlots noyés dans le stroma.

On peut conclure de ces faits que la tumeur dite mixte est de nature épithéliale et qu'elle présente, au cours de son évolution, des modifications importantes susceptibles d'en transformer l'aspect.

La tumeur mixte au début est-elle vraiment bénigne ? Mac Farland, qui se rallie aux conceptions histologiques précédentes, montre l'incertitude qui plane encore sur la distinction formelle entre tumeur bénigne et tumeur maligne. Wood, Moutier et Redon ont bien montré qu'en multipliant les coupes histologiques, on trouve dans certaines tumeurs mixtes considérées comme bénignes, une absence partielle d'encapsulement, une infiltration par plages du tissu de néoformation dans le parenchyme glandulaire normal ; l'étiquette de malignité s'imposerait en pareil cas.

Ailleurs, la tumeur est sûrement bénigne au début ; elle augmente vite de volume, récidive après exérèse et envahit les tissus avoisinants ; beaucoup d'auteurs diront qu'il y a eu transformation maligne et passage à un autre type histologique : sarcome ou carcinome. Cependant, l'étude des coupes histologiques montre qu'il n'y a pas dans la tumeur d'autres modifications que celles provenant d'une croissance extrêmement rapide (Mac Farland).

***

On ne saurait nier la valeur des notions apportées par ces études histologiques, mais leur caractère un peu théorique, l'hésitation qui se traduit dans l'interprétation de certains aspects microscopiques ont empêché, semble-t-il,

la majorité des chirurgiens de les estimer suffisamment et de modifier systématiquement leur mode opératoire vis-à-vis des tumeurs mixtes.

Pour leur donner du poids, il fallait les confronter avec les données de la clinique en se plaçant à un double point de vue : fréquence des récidives post-opératoires après énucléation intraparotidienne, caractère histologique de ces récidives. C'est ce que se sont efforcés de faire un certain nombre de travaux récents parmi lesquels nous citerons ceux de Mac Farland, de Roux-Berger et Mlle Jadlovker et Shields Warren.

En ce qui concerne tout d'abord la *fréquence* de la dégénérescence véritable d'une tumeur mixte, Mac Farland se montre assez optimiste; sur 297 tumeurs mixtes ayant donné 69 récidives post-opératoires, 8 entraînèrent la mort ; mais seulement 4 d'entre elles présentèrent les signes indéniables d'un cancer (adénopathies, métastases). Cependant, Wood, Kutner et Spring estiment que la transformation maligne s'observerait dans 25 % des cas et si l'on considère les chiffres apportés par Roux-Berger, ce pourcentage est encore plus élevé ; sur 18 tumeurs présentant les signes d'un cancer parotidien secondaire à une tumeur mixte existant depuis au moins cinq ans, il fut procédé à 14 examens histologiques : dix fois, on trouva un épithélioma glandulaire typique ; dans 3 cas, les aspects histologiques étaient différents : épithélioma dentritique, épithélioma épidermoïde, sarcome.

Lorsqu'on aborde la question des récidives post-opératoires, on constate également l'existence d'un certain désaccord entre les différentes statistiques ; théoriquement, cette récidive devrait être extrêmement fréquente après des opérations limitées, si l'on tient compte de la nature épithéliomateuse de la tumeur mixte, du caractère problématique de son encapsulement. Fry, Moutier et Redon, Leroux et ses collaborateurs considèrent que la récidive s'observe dans la moitié des cas; mais Roux-Berger et Mlle Jadlovker vont plus loin et affirment que la « récidive est constante après énucléation intraparotidienne ». « Si l'on se décide à pratiquer des parotidectomies totales pour toutes les tumeurs mixtes..., si l'on peut nous apporter des descriptions macroscopiques de coupes pratiquées dans la totalité de la pièce comprenant parotide et tumeur incluse, nous réformerons peut-être notre opinion sur le caractère d'énucléabilité ».

Ces opinions n'ont pas manqué de soulever quelque objection : à l'Académie de Chirurgie, Hartmann, Truffert ont rapporté des observations où l'énucléation fut suivie d'une guérison vérifiée après plusieurs années ; et l'on ne peut passer sous silence les chiffres apportés par les auteurs américains.

C'est ainsi que M. Swinton et Shields Waren ne rencontrent sur 25 malades suivis de trois à neuf ans après leur opération que 2 récidives, soit 8 %.

Toutefois, ce pourcentage est plus élevé dans l'importante statistique de Mac Farland où la plupart des cas furent suivis pendant très longtemps : 60 récidives pour 278 cas, soit 21,5 %.

Si la majorité des récidives apparaissent dans le cours de la première année, quelques-unes sont infiniment plus tardives et se manifestent au bout de douze, quatorze ans et même trente-deux et quarante-sept ans.

De ses études histologiques très poussées, Mac Farland a essayé de dégager quelques éléments permettant de serrer de plus près le problème et de voir quelles étaient les tumeurs mixtes les plus exposées à la récidive.

Il n'y a pas lieu, semble-t-il, de tenir compte ni de l'aspect histologique de la tumeur, ni de l'âge du malade, ni même de la rapidité du développement ; le caractère précoce de la récidive n'a aucune valeur (sauf quand elle est immédiate ; l'insuffisance de l'intervention est alors flagrante) ; mais telle tumeur évoluant depuis quarante ans, récidive au bout de sept ans et reste guérie dix ans après ; telle autre, évoluant depuis six mois, récidive au bout de dix-huit mois ; neuf ans après la deuxième intervention, il n'y avait pas trace de récidive.

Un seul fait semble devoir être retenu, malgré son caractère paradoxal ; les chances de récidive augmentent avec la petitesse de la tumeur ; en étudiant les tableaux de Mac Ferland, on constate en effet ceci :

— 7 tumeurs plus petites qu'une noix ont donné 2 récidives, soit 28,5 % ;

— 51 tumeurs allant des dimensions d'une noix à celle d'un limon ont présenté 11 récidives, soit 21,5 % ;

— enfin, 13 tumeurs plus volumineuses qu'un limon ont récidivé dans 2 cas, soit 16,1 %.

Si l'on rapproche ces faits de la notion d'évolution histologique des tumeurs mixtes, le caractère paradoxal tombe.

Leroux a montré, en effet, que la tumeur jeune comporte une forte proportion d'éléments épithéliomateux à caractères nettement proliférants. On peut se demander, d'autre part, si la petite dimension de la tumeur n'incite pas l'opérateur à faire le « minimum » qui expose à une exérèse incomplète.

La récidive est, en règle, du même type histologique que la tumeur originelle ; Mac Farland a groupé ainsi 16 observations de récidives opérées et suivies pendant plusieurs années ; dans un seul cas, l'évolution clinique secondaire (deuxième récidive avec ulcération de la tumeur et mort par hémorragie) peut faire admettre l'existence d'une dégénérescence maligne vraie.

***

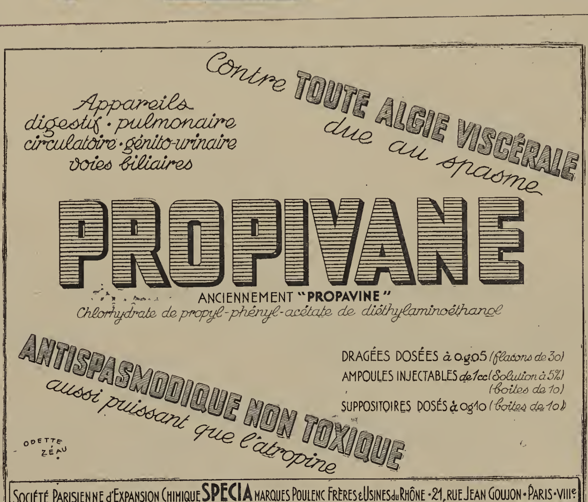
Si l'on essaie de grouper dans une vue d'ensemble les faits apportés par l'histologie et ceux fournis par l'évolution clinique des tumeurs mixtes et les résultats post-opératoires, il ne semble pas que des contradictions infranchissables les séparent.

D'un côté, en effet, la nature épithéliale de la tumeur mixte paraît assez bien établie, ainsi que le caractère proliférant de la tumeur jeune ; de l'autre, la fréquence des récidives différemment appréciée n'en est pas moins indiscutable avec un pourcentage atteignant 21,5 % (statistiques américaines), chiffre superposable à celui d'Hartmann (8 récidives pour 40 cas) ; enfin, si la transformation maligne d'une récidive apparaît comme rare (Mac Farland), la dégénérescence d'une tumeur mixte au cours de son évolution constitue un danger qui doit inciter à pratiquer le plus rapidement possible une exérèse correcte.

Le problème se pose alors de savoir s'il faut avoir recours d'emblée et systématiquement à une exérèse large (parotidectomie subtotale) ou si l'on peut se contenter d'une « énucléation » simple de la tumeur ; à la première intervention, on reproche la lésion possible du facial (en réalité bien exceptionnelle lorsqu'on adopte une technique réglée telle que celle donnée par P. Duval) et son caractère inesthésique du fait de l'existence d'une dépression rétro-maxillaire ; l'énucléation mettrait à l'abri de ces deux inconvénients au prix évidemment de quelques écueils qui ont fait l'objet du précédent chapitre.

En pratique, il semble tout d'abord que la légitimité de l'énucléation ne se pose que dans un assez petit nombre de cas ; deux catégories de tumeurs dites mixtes relèvent en effet d'emblée d'une exérèse large :

— la première catégorie comprend les tumeurs mixtes survenant chez les gens âgés, se développant rapidement ; sans qu'on puisse toujours fournir la preuve de leur malignité histologique, de telles tumeurs doivent être tenues pour suspectes et opérées largement (Hartmann).


Contre TOUTE ALGIE VISCÉRALE due au spasme
Appareils digestif · pulmonaire circulatoire · génito-urinaire voies biliaires
PROPIVANE
ANCIENNEMENT "PROPAVINE"
Chlorhydrate de propyl-phényl-acétate de diéthylaminoéthanol
ANTISPASMODIQUE NON TOXIQUE aussi puissant que l'atropine
DRAGÉES DOSÉES à 0g05 (flacons de 30)
AMPOULES INJECTABLES de 1cc (Solution à 5%) (boîtes de 10)
SUPPOSITOIRES DOSÉS à 0g10 (boîtes de 10)
ODETTE ZÉAU
SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA MARQUES POULENC FRÈRES & USINES du RHÔNE · 21, RUE JEAN GOUJON · PARIS · VIIIe

— dans la deuxième catégorie on peut ranger celles des tumeurs mixtes qui ont atteint un certain volume; recourir ici à une énucléation est s'exposer au double danger d'une atteinte du facial par suite du caractère laborieux de l'évidement, et d'une récidive par exérèse incomplète, rupture de la tumeur, dont les débris ensemencent la parotide.

On ne devrait donc discuter l' « énucléation intraparotidienne » qu'en présence d'une tumeur mixte de faible volume chez une femme jeune à laquelle on veut éviter une dépression rétro-maxillaire accentuée. Certains, avec Cunéo, Brocq, Truffert considèreront qu'elle est légitime à condition, toutefois, de passer au large de la tumeur en plein parenchyme glandulaire. D'autres préféreront avoir recours à une intervention plus large ; on peut utiliser alors la technique de J. L. Faure avec recherche systématique du facial en reclinant simplement la parotide en avant; la conservation du massif mastoïdien diminuerait l'importance de la dépression parotidienne post-opératoire.

BIBLIOGRAPHIE

On trouvera dans la thèse de Dillande (Paris, 1933) une bibliographie très complète. Nous ne donnons ici que les références citées dans cet article et les références plus récentes.

Dillange. — Etude anatomo-pathologique des tumeurs dites mixtes des glandes salivaires. *Thèse Paris*, 1933.

Fry. — La structure et l'origine des tumeurs « mixtes » des glandes salivaires. *British Jour. Surg.*, 1927, t. XV, p. 291.

Gricourof. — Considérations sur l'histologie et l'histogénèse des T. M. des glandes salivaires. *Bull. Ass. Franç. Cancer*, 1936, t. XXV, p. 496.

Hartmann. — A propos de 67 cas de tumeurs parotidiennes. *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, n° 20. Séance du 14 juin 1939.

Lemaitre. — Etude anatomo-clinique des tumeurs dites cylindromes. *Thèse de Paris*, 1936.

Leroux, Leroux-Robert. — Les tumeurs dites mixtes des glandes salivaires et des autres formations cervico-faciales. *Annales d'oto-laryng.*, 1936, n° 2, p. 113.

Mac Farland. — 300 tumeurs mixtes de la parotide avec 69 récidives. *Surgery Gyn. and Obstet.*, t. LXXIII, 1936, p. 457.

Moutier et Redon. — Evolution anatomo-clinique des tumeurs parotidiennes. *J. de Chirurgie*, t. XLI, janvier 1933, p. 44.

Padovani et Redon. — Tumeurs mixtes de la parotide. Ablation totale de la glande avec conservation complète du nerf facial. *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, 7 décembre 1938 (P. Duval, rapporteur).

Roux-Berger et Mlle Jadlovker. — Tumeurs de la parotide. *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, 1939, n° 10, 22 mars 1939.

Schreiner et Mattick. — Tumeurs des glandes salivaires basées sur une étude de 66 cas. *American Journ. Rœntgen*, juin 1929, t. XXI, p. 54.

Swinton et Shields Warren. — Etude des tumeurs mixtes de la parotide. *Surg. Gyn. and Obst.*, vol. 67, octobre 1938, p. 424.

Truffert. — A propos de 20 cas de tumeurs de la région parotidienne. *Mémoires de l'Académie de Chirur.*, n° 20, 14 juin 1939.

Wood. — Tumeurs mixtes des glandes salivaires. *Annals Surg.*, 1904, t. XXXIX, p 57.

Zymhal. — Recherches histologiques et expérimentales sur les tumeurs des glandes salivaires. *Beit, z. path. Anat.*, 1933, t. XC, p. 113.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Quelques données nouvelles sur le traitement préventif et curatif du tétanos

Par L. Babonneix

Membre de l'Académie de Médecine

La sérothérapie antitétanique a, depuis longtemps, fait ses preuves, mais son emploi n'est pas à l'abri de toute objection, et on lui a adressé deux critiques principales :

1° Si son action préventive est indiscutable, ses propriétés thérapeutiques sont moins démontrées ;

2° L'immunité qu'elle procure étant courte, il faut souvent en renouveler l'emploi, d'où risques d'accidents d'anaphylaxie.

Aussi, conçoit-on l'intérêt qui s'attache aux recherches de M. G. Ramon (1), lesquelles dérivent toutes de sa découverte de l'anatoxine diphtérique. Dès 1923, ce savant proposait, pour l'immunisation active de l'homme et des animaux contre le tétanos, l'emploi systématique de l'anatoxine tétanique.

VACCINATIONS ANTITÉTANIQUES

En 1924, MM. G. Ramon et A. Laffaille démontrent que l'immunisation spécifique peut être facilement obtenue, chez l'animal, « soit par une, ou mieux, par deux injec- « tions d'anatoxine tétanique faites à vingt jours d'inter- « calle, soit encore par l'injection d'une dose d'anatoxine « pratiquée quelque temps après l'injection simultanée de « sérum antitétanique et d'anatoxine ». Des expériences de même ordre, faites par MM. G. Ramon et P. Descomby, établissaient que cette anatoxine peut engendrer l'immunité, non seulement contre l'intoxication par le poison tétanique, mais encore contre l'infection par le germe de Nicolaïer.

Avec Chr. Zoeller, M. G. Ramon découvre, en 1926, que si une première injection d'anatoxine ne fait apparaître, dans l'organisme, que de petites quantités d'antitoxine, cette production devient plus abondante et, par conséquent, l'immunité plus active, après une seconde injection. Une troisième injection est-elle faite au bout d'un délai de plusieurs mois, cette immunité augmente encore dans des proportions infiniment plus considérables. D'où la technique, aujourd'hui, classique, de la *vaccination antitétanique*, qui consiste à effectuer, à un intervalle de trois semaines, trois injections de 1, 2 et 3 cm^3 d'anatoxine, cette vaccination étant complétée avantageusement par une injection de rappel de 2 cm^3 faite un an après ou à l'occasion d'un traumatisme, *sans qu'il se produise la moindre réaction*, ni locale, ni générale, l'homme ne pouvant se sensibiliser aux protéines spécifiques de l'antigène tétanique.

Détermine-t-on une inflammation locale légère au point d'injection de cet antigène, la production de l'anatoxine en est facilité. Tel est le principe des *vaccinations associées*, dont la première idée revient au professeur H. Vincent et que MM. G. Ramon et Chr. Zoeller ont obtenues en mélangeant à l'anatoxine tétanique le vaccin antityphoï-

(1) G. Ramon. L'anatoxine tétanique et les nouvelles méthodes de lutter contre le tétanos. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 2 mai 1939, t. CXXI, n° 16, p. 609. — G. Ramon, R. Kourilski, R. Richon et Mme Kourilski. Recherches immunologiques sur la séroanatoxithérapie tétanique, *Revue d'Immunologie*, septembre 1939, n° 5. — G. Ramon, E. Lemetayer, R. Richou et L. Nicol. De la production rapide et intensive de l'antitoxine tétanique chez le cheval, *Revue d'Immunologie*, septembre 1939, n° 5.

TRAITEMENT DE L'ENTÉRITE ET DE L'ENTÉRO-COLITE

La plupart des entérites et des entéro-colites sont dues au développement dans l'intestin des germes pathogènes protéolytiques dont les sécrétions irritent les parois intestinales, d'où les spasmes, l'hypersécrétion, les coliques, la diarrhée dans la plupart des cas, notamment dans les entérites aiguës, la constipation dans certains cas d'entéro-colite, quand le spasme domine l'hypersécrétion.

On sait depuis les travaux de METCHNIKOFF que le vrai traitement de l'infection intestinale consiste à favoriser le développement du bacille lactique, l'antagoniste des microbes protéolytiques.

Le traitement lactique pourtant n'a pas tenu ses promesses; parce qu'on s'est contenté jusqu'ici de faire absorber du bacille lactique. Trouvant dans l'intestin des conditions de développement défavorables, il ne peut profiter et reste sans effet. Pour réaliser un traitement lactique efficace, il faut lui fournir un aliment. C'est là le secret du succès de l'AMIDAL.

L'AMIDAL associe aux ferments lactiques de l'amidon paraffiné, préparé suivant la technique du professeur DOUMER, qui parvient non digéré jusque dans les parties les plus éloignées de l'intestin et y fournit au bacille lactique l'aliment qui permet sa prolifération. Dès lors, l'infection putride anaérobie ne résiste pas à son ennemi naturel.

Les entérites aiguës guérissent d'habitude en moins de quarante-huit heures, même dans les cas les plus graves, dans la diarrhée infantile par exemple. Toutes les diarrhées sont rapidement enrayées, même la diarrhée des tuberculeux si tenace; l'entéro-colite chronique que les antiseptiques intestinaux, toujours irritants, ne parviennent pas à améliorer, cède au seul bon traitement physiologique des infections intestinales que représente l'AMIDAL. Ce médicament agit non seulement sur les formes qui donnent de la diarrhée, mais aussi sur la constipation d'origine spasmodique des entéro-colitiques.

L'AMIDAL s'ordonne, soit en poudre à la dose d'une cuillerée à soupe à la fin de chacun des deux repas principaux, mêlée à de la confiture ou à une demi-banane bien écrasée, soit en cachets, comprimés ou dragées à la dose de 6 à 8 par vingt-quatre heures.

Il est utile dans certains cas d'entéro-colite d'associer au traitement de l'infection un traitement symptomatique dirigé contre le spasme et l'hypersécrétion qui favorisent dans une certaine mesure la persistance de l'infection protéolytique. A ce point de vue, la GENATROPINE est d'une efficacité remarquable. A petite dose (x à xx gouttes ou 1 ou 2 granules 2 ou 3 fois par jour) elle fait disparaître les coliques douloureuses, lève le spasme, tarit la diarrhée.

Laboratoires des Produits AMIDO,
4, Place des Vosges, PARIS

AMIDAL
GÉNATROPINE

Echantillons médicaux sur demande.

dique ou l'anatoxine diphtérique. On peut ainsi effectuer plusieurs immunisations en une seule série, dans les meilleures conditions de commodité pratique.

Dans ces dernières années, les efforts des chercheurs ont porté sur le problème de l'activité de l'anatoxine et ils sont arrivés à lui faire titrer 20 et même 30 unités, au lieu de 5, au début. C'est cette anatoxine qui, aujourd'hui, est utilisée et qui, partout, et particulièrement dans l'armée française, a donné d'éclatants succès. Notons, en passant, que :

1° L'immunité ainsi obtenue peut durer des années : huit et neuf (Zoeller) ;

2° Que les injections successives d'anatoxine, effectuées à des intervalles de moins en moins longs, rendent l'immunité de plus en plus intense, solide et durable, tandis que les réinjections de sérum laissent derrière elles une immunité passive, qui devient chaque fois plus fragile et plus brève ;

3° Qu'aucun cas de tétanos n'a été signalé parmi les sujets vaccinés.

Conclusion : étant donné l'inocuité de l'anatoxine antitétanique et l'immunité valable qu'elle produit, la vaccination antitétanique, selon la formule des vaccinations associées, qui exalte son efficacité, permet donc de réaliser dans les meilleures conditions la prophylaxie, chez l'homme, du tétanos.

Séro-vaccination antitétanique

Comme nous le disions, l'action bienfaisante de la sérothérapie est malheureusement limitée. Si elle est précoce, elle est de brève durée. L'antitoxine s'éliminant rapidement, des tétanos post-sériques sont toujours possibles, et l'on en connaît malheureusement nombre de cas. Aussi a-t-il paru indiqué de chercher à combiner, chez le blessé, vaccination et sérothérapie préventive, de manière à faire succéder, à l'immunité passive due au sérum, l'immunité active qu'engendre l'anatoxine. Fondée sur des expériences faites avec Laffaille, en 1925, la séro-vaccination antitétanique a été réalisée, en 1927, chez l'homme, par Ramon et Zoeller, et expérimenté par des auteurs de la valeur de Sacquépée et Jude, qui ont montré qu'à la suite de la séro-vaccination, le taux d'antitoxine se conserve longtemps élevé dans le sang, tandis qu'après simple injection de sérum, il est beaucoup moins élevé et se maintient peu. D'où la technique suivante : pratiquer, sous la peau, une première injection d'anatoxine tétanique de 1 cm³ quelques instants avant l'injection de sérum antitétanique (au minimum 3.000 unités antitoxiques). Quinze jours après, nouvelle injection d'anatoxine de 2 cm³ ; après un nouveau délai de quinze jours, troisième injection de 2 cm³ d'anatoxine. S'il s'agit d'un sujet qui, après avoir subi, à l'occasion d'une première blessure, la séro-vaccination, devient, par la suite, porteur d'un nouveau traumatisme, il y a lieu de substituer, à l'injection de sérum, l'injection d'anatoxine de rappel.

S'agit-il d'un *tétanos en évolution* (G. Ramon, R. et S. Kourilski et Rochon), *on injectera d'emblée une dose unique et massive d'antitoxine* (150.000 unités) *et une dose de 2 cm³ d'anatoxine, puis on renouvellera les injections d'anatoxine à dose croissante :* 2, 4, 6 cm³, à cinq ou six jours *jours d'intervalle.* Des injections de rappel peuvent être effectuées dans la suite sans le moindre inconvénient.

Cette méthode présente, sur la simple sérothérapie, deux avantages :

1° Elle permet de réduire, dans une certaine mesure, les quantités de sérum nécessaires à la prolongation d'un état manifeste d'immunité active ;

2° En assurant la pérennité de l'immunité antitétanique, elle met les sujets guéris à l'abri des risques du tétanos pouvant résulter, ultérieurement, de l'évolution d'un foyer tétanique représenté, soit par la blessure ancienne, soit par un nouveau traumatisme.

Remarquons, de plus, que :

1° Chez le cheval antérieurement vacciné au moyen de l'anatoxine, il est facile d'obtenir un sérum de valeur antitoxique élevée (Ramon, Lemétayer, Mustafa et Nicol), puisqu'elle est passée de 500 U. A., en juillet 1914 à 3.000 ;

2° Avec ce sérum, le volume des injections peut être très sensiblement réduit ;

3° En diluant ce sérum, on peut préparer une *solution d'antitoxine tétanique*, qui, étant infiniment moins riche en protéines que le sérum brut, expose infiniment moins aux accidents sériques, et échappe ainsi au terrible dilemne : ou ne pas faire d'injections, et voir son malade mourir de tétanos, ou en faire, et voir survenir chez lui des accidents graves.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES.

Séance du 11 décembre 1939

Commémoration du cinquantenaire académique de M. Emile Picard, secrétaire perpétuel. — Discours de MM. Auguste Béhal, président ; Alfred Lacroix, secrétaire perpétuel ; Emile Borel, Maurice de Broglie, Emile Picard.

Tourbillons électro-convectifs instantanés dans une couche d'air chargée de fumée de tabac. — M. Douchan Avsec.

Séance solennelle du 18 décembre 1939

L'Académie des Sciences a tenu sa séance solennelle. Prenant le premier la parole, M. Auguste Béhal, président de l'Académie, a évoqué la mémoire des membres disparus au cours de l'année. M. Béhal a jeté, ensuite, un rapide coup d'œil sur l'œuvre accomplie par la chimie.

Prix décernés

Chimie

Prix Montyon : M. François Dautrebande.

Médecine et Chirurgie

Prix Montyon : MM. Pierre Coulouma et Léon Devos. Constantin Levaditi et Pierre Lépine, Léon Velluz.

Mentions : MM. P.-C. Huët et M. Péri, P. Porcher, Jean Vague et Jean Dunan.

Prix Barbier : M. Charles Brody.

Prix Bréant : M. Fred Vlès.

Prix Bellion : MM. Maurice Villaret et René Cachera. Une citation à M. F. Bourguin.

Fonds Charles Bouchard. — MM. J. Margarot et J. Terracol.

Prix J. Dagnan-Bouveret : M. Georges Schaeffer.

Prix Louise Darracq : M. Antoine Lacassagne.

Prix Eugène et Amélie Dupuis : M. Alfred Boquet.

Fondation Henriette Regnier : M. A. Saenz.

Physiologie

Prix Montyon : M. André Chevallier.

Prix Pourat : M. Daniel Vincent.

Prix Philipeaux : Mlle Catherine Veil.

Prix généraux

Prix Longchampt : MM. Raymond Jacquet et Max Vauthey.

Fondation Lannelongue : Mme Gabriel Cuseo.

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 9 JANVIER 1940

Installation du bureau. — M. le médecin général inspecteur Sieur, président sortant, prononce le discours habituel dans lequel il expose, en résumé, les principaux travaux de l'Académie au cours de l'année qui vient de s'écouler. Il est fort applaudi.

En l'absence de M. Louis Martin, président pour 1940, il cède le fauteuil de la présidence à M. Pierre Duval, vice-président.

Ostéopathies par carence. Décalcification et mutation calcique dans l'avitaminose C. — M. G. Mouriquand et Mme V. Edel. — Se basant sur des recherches poursuivies depuis plusieurs années sur les ostéopathies par carence, montrent le rôle de l'avitaminose C dans les processus de décalcification osseuse. Ils précisent que cette décalcification existe sans mutation calcique locale au cours des carences aiguës et subaiguës alors que cette « mutation locale » s'observe au contraire régulièrement (sauf cas d'avitamino-résistance) dans l'avitaminose C chronique, affectant des formes variées qui peuvent aller jusqu'à la formation de véritables ostéophytes. Les processus de « périphérisation calcique » jouent, semble-t-il, le rôle d'une véritable « attelle » périosseuse.

Cette présence de mutation calcique locale dans l'avitaminose C chronique s'oppose à son absence dans diverses ostéopathies, rachitisme expérimental en particulier où tout se passe comme si la résorption calcique aboutissait au rejet pur et simple hors de l'organisme du calcium osseux résorbé.

Nouvelle organisation d'une Section d'hygiène et de prophylaxie. — MM. R. Dujarric de La Rivière et R. Puget. — Les opérations de désinfection et de désinsectisation, indispensables pour la prophylaxie de certaines maladies, peuvent, particulièrement en temps de guerre, porter sur un nombre très élevé de personnes et, de ce fait, dépasser rapidement les possibilités des villes où se déclarent les épidémies. Les auteurs ont pensé qu'un train pourrait être organisé pour la lutte contre les épidémies comme d'autres le sont pour les soins chirurgicaux, la radiographie, etc., et ils donnent une étude technique complète d'un train organisé comme section d'hygiène corporelle (douches, épouillage, désinfection) et comme laboratoire. L'un des avantages est que la locomotive ne sert pas seulement à la traction ; elle fournit l'eau chaude pour les douches, la vapeur pour le fonctionnement des autoclaves et le chauffage des wagons.

Ce train — Section d'hygiène et de prophylaxie — serait particulièrement utile pour l'épouillage et les examens bactériologiques aux stations frontières et aux gares maritimes. Il fait partie d'un plan d'équipement sanitaire qui prévoit des installations fixes dans les camps de travailleurs, des installations sur camions et même en péniches.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 3 JANVIER 1940

Contractures ischémiques par plaies en séton du membre supérieur. Leur traitement par infiltration anesthésique du ganglion stellaire. — Médecin-capitaine Luzuy. M. Ameline, rapporteur. — Deux blessés par balle de l'avant-bras présentaient quinze jours et un mois après la blessure une contracture de l'avant-bras et des doigts, une anesthésie complète avec refroidissement, diminution du pouls et des oscillations. Une anesthésie du ganglion stellaire du même côté avec 5 cm³ de novocaïne à 1 p. 200 a amené une régression presque complète des phénomènes. Dans un des cas, les réactions électriques recherchées ont été normales.

On ne peut porter le diagnostic de lésions nerveuses qu'après un examen électrique.

En l'absence de lésions nerveuses, ces signes peuvent être interprétés comme troubles de la vaso-motricité et traités par novocaïnisation du ganglion stellaire. M. Ameline pense qu'on peut interpréter ces observations comme une hypertonie musculaire déclenchée par le trauma et supprimée par l'infiltration stellaire qui paralyse les *rami communicantes*.

Cancer du corps du pancréas à forme tumorale, traité par pancréatectomie subtotale. Succès opératoires. — MM. Milhiet, Dormay, Peyel.

M. Cunéo, en rapportant ce fait, rappelle une observation personnelle de cancer du pancréas très localisé ayant déterminé un ictère par compression cholédocienne et qu'il oppose aux cancers diffus dont le diagnostic précoce permettrait peut-être l'ablation chirurgicale avec survie prolongée.

M. de Martel. — Le diagnostic de crises d'hypoglycémie a été porté au cours de crises convulsives. Une laparotomie ne montre pas de tumeur pancréatique, mais la simple résection d'une portion saillante de la tête a suffit à provoquer dans les mois qui ont suivi une disparition des crises convulsives et rétablissement d'une glycémie normale.

M. Gosset souligne la plus grande lenteur de l'évolution des cancers de la queue et du corps du pancréas que des cancers de la tête, car ils ne touchent pas les canaux. Il convient de faire toujours une laparotomie quand un ictère par rétention dure depuis un mois.

M. de Martel partage cet avis, il rapporte l'observation d'un malade qui a guéri après l'ablation large d'un cancer de l'ampoule de Vater depuis dix mois.

M. Heitz-Boyer. — On porte parfois le diagnostic de cancer de la prostate à évolution prolongée qui ressemble absolument à des prostatites chroniques.

Stellectomie pour troubles trophiques des membres supérieurs chez un amputé des deux cuisses pour la même affection. — M. Olry a pratiqué une stellectomie du gan-

glion stellaire, unilatérale puis bilatérale, chez un malade qui avait déjà été amputé des deux jambes, pour phénomènes circulatoires à type d'ischémie et analogue à ceux du membre supérieur et qui n'avaient été que très momentanément améliorés par une sympathectomie périfémorale. L'épreuve de la novocaïnisation des ganglions ayant donné une amélioration immédiate, la circulation normale a été rétablie aux deux membres supérieurs.

Traitement du syndrome de Raynaud par stellectomie et par sympathectomie lombaire élargie. A propos de deux observations personnelles. — MM. Welti et Wentz rapportent deux observations. Une femme qui présentait des troubles trophiques circulatoires et trophiques graves des 4 membres a été opérée en mars 1939. Sympathectomie périhumorale, sympathectomie lombaire gauche, puis droite, puis sympathectomie cervicale des deux côtés. Seules, les sympathectomies ganglionnaires ont amené une remarquable amélioration tant locale que de l'état général.

Une femme présentait un syndrome de Raynaud bilatéral avec mauvaise circulation des membres inférieurs. Une stellectomie droite amène une amélioration remarquable qui persiste six mois plus tard. Ces observations sont en faveur de la stellectomie qui, quand les indications sont bien posées et l'intervention bien faite, donne d'intéressants résultats.

M. Ameline rapporte une observation qui — succès remarquable pendant six mois — s'est révélée ultérieurement un échec complet.

M. Velti pense que certains échecs sont peut-être évitables en faisant des résections sympathiques plus larges que celles pratiquées souvent.

A propos d'une épidémie de bilharziose urinaire en Algérie. — MM. Sabadini et Marc Imbert présentent une étude intéressante à propos d'une épidémie qu'ils ont récemment étudiée. Ils ont constaté la fréquence des lésions latentes (80 %) chez des Sénégalais — lésions contagieuses — qui ne guérissent pas spontanément et qui nécessitent, en pays africains comme en France, des mesures urgentes de prophylaxie et de traitement.

Mégacôlon congénital. Opération sur le sympathique. Amélioration temporaire. Colectomie secondaire. — M. Pierre Duval. — Une résection des plexus mésentériques inférieurs et hypogastriques a été suivie d'une amélioration temporaire remarquable chez un jeune garçon porteur d'un mégacôlon. Vingt mois plus tard, une occlusion rendait nécessaire une hémirésection colique. Le mégacôlon s'était reproduit et avait provoqué l'occlusion. Il importe, dans la chirurgie sympathique de cette affection de distinguer le mégacôlon vrai du dolichocôlon, celui-ci seul semblant vainement bénéficier durablement de l'intervention. Il faudrait pratiquer avant celle-ci un test d'inhibition du sympathique ; par exemple, une rachianesthésie qui indiquerait la valeur de la musculature et les chances de succès opératoires ; il faudrait enfin n'affirmer les guérisons qu'à longue échéance et suivre longtemps ces malades. Il n'en demeure pas moins qu'une pareille intervention et améliorant l'état général, peut faciliter une colectomie ultérieure nécessaire.

M. de Martel. — L'observation de M. Pierre Duval est intéressante parce qu'elle montre le rôle du sympathique, c'est-à-dire des troubles fonctionnels dans l'installation d'une maladie organique. Un traumatisme nerveux occasionnel ou opératoire peut provoquer des troubles viscéraux définitifs. Malheureusement ces phénomènes ne sont pas réversibles.

PRATIQUE MÉDICALE

La vitamine B_1 (Bénerva) dans les asystolies d'origine éthylique

De divers côtés ont paru des articles excessivement intéressants sur les troubles cardio-vasculaires en relation avec une carence en vitamine B_1. Il s'agit surtout des polynévrites ou des symptômes frustes de béri-béri.

Ce qu'il faut bien savoir, et cela ressort avec évidence des travaux si importants de Langeron, Doumer, Bickel, etc., c'est que ces accidents par carence se manifestent avec une fréquence particulière chez les éthyliques : c'est ainsi que Bickel a publié tout récemment dans la *Revue Médicale* de la Suisse romande une observation d'asystolie aiguë d'origine éthylique ayant résisté aux tonicardiaques habituels et qui a rapidement guéri avec la B_1-Vitaminothérapie. L'auteur a prescrit en effet une injection intramusculaire de 0,50 centigr. de vitamine B_1 (Bénerva) à raison de 4 injections par semaine ; dès la deuxième injection, la diurèse s'est déclenchée et la dyspnée s'est atténuée.

On sait que la bénerva (vitamine B_1 cristallisée) se présente sous trois formes : comprimés dosés à 1 milligramme d'aneurine cristallisée, ampoules de 1 cm^3 de dosage normal dosées à 2 milligrammes d'aneurine cristallisée et ampoules de 1 cm^3 de dosage fort dosées à 10 milligrammes d'aneurine cristallisée.

Dans les polynévrites habituelles, une ampoule quotidienne de dosage normal suffit ; dès qu'il s'agit d'un cas grave, il y a intérêt à faire une ampoule quotidienne de dosage fort. On utilise généralement la voie intramusculaire, mais on peut également avec profit employer la voie endoveineuse, le médicament étant admirablement toléré.

Dans les névralgies, les petites polynévrites avec asthénie musculaire, on peut préférer les comprimés de bénerva dont la tolérance est parfaite.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

N°s 7-8. — 24-27 JANVIER 1940. 113e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la Faculté de médecine), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

Publicité : M. A. Thiollier, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Légion d'honneur. — M. le Médecin général Polin, grand Croix de la Légion d'honneur, est renommé membre du Conseil de l'ordre nationale de la Légion d'honneur.

— Guerre (Réserve). — Sont inscrits au tableau spécial de la Légion d'honneur.

Pour *officier* : MM. René Bénard, Hernette, Le Petit, Barthélemy, Basset, Grigaut, Gensollen, Plaisant, Nadaud, Birault, Metivet, Bertaux, Terracol, Walter, Roustan, Descottes, Récamier, Tassin, Favre, Leveuf, Bellanger, Meyer.

Troupes coloniales : MM. Caillet et Pons.

Sons inscrits pour *chevalier* :

MM. Conan, Bertrand, Lamounette, Bonnardot, Cavalie, Morel, Tuset, Michel, Jannot, Chatellier, Paulus, Marchant, Deguison, Charles, Courbin, Sedillot, Couette, André, Levrier, Pellegrin, Meneau, Laffitte, Leguay, Gruber, Richard, Carton, Penot, Rouy, Girou, Louf, Teulières, Lepelletier, Dalsace, Leclercq, Coupet, Bonnot, Allard, Ducau-Martin, Lefbevre, Blanchet, Grimault, Tetard, Cattin, Godard, Pollet, Glorion, Piot, Sireyjol Toussaint, Allotte de la Fuye, Fritz, Trampol, Almeras, Rebuffel, Pierson, Dijol, Bezian, Champneuf, Schmitt, Bertrand, Gravière, Seval, Courp, Fillatrau, Péronnet.

Troupes coloniales : MM. Peltier et Porry.

Guerre (Réserve). — Le *Journal Officiel* du 14 janvier publie une longue liste des promotions des médecins de réserve (p. 370 à 373).

Pères de six enfants. — Les officiers de réserve pères de six enfants peuvent être renvoyés dans leurs foyers en conservant leur grade. Ils restent à la disposition du ministre.

Marine. — Les élèves du service de santé de la marine dont les noms suivent, issus du concours de 1939, sont nommés médecin ou pharmacien-chimiste auxiliaire pour compter du 3 janvier 1940 (application des dispositions de l'article 64 de la loi du 13 décembre 1932 sur le recrutement de l'armée de mer et l'organisation de ses réserves) :

Ligne médicale

Elèves titulaires de seize inscriptions (rattachables à la promotion 1936). — MM. Morgan, Poirier-Coutansais, Chauvelon.

Elèves titulaires de douze inscriptions (rattachables à la promotion 1937). — MM. Boisson, Tauzin, Guillaud, Weil, Lebec, Hombron, Rondet, Labbe, Arnaud.

Ligne pharmaceutique

Elèves titulaires de douze inscriptions (rattachables à la promotion 1936). — MM. Piffre, Coquelin, Roger, Dantony.

Elèves titulaires de huit inscriptions (rattachables à la promotion 1937). — MM. Kerguen, Texier, Banderly.

Ministère des Colonies. — Récompenses pour travaux scientifiques. — *Médaille d'argent :* MM. E. Vogel, R. Beaudimont, P. Rivoalen, G. Moustardier.

Rappel de médaille d'argent : M. Riou.

Médaille de bronze : MM. Boulnois, J. M. R. Dumas, Gast, Ferré, Hérivaut, Roncin, Dao Van Thaï, G. Nicolle, G. Oberlé.

Lettres de félicitations : MM. Baré, Deloumel, Crozafou, Pétard, Chedecal.

Ministère des anciens combattants et pensionnés. — Ont été nommés membres de la Commission supérieure de surveillance et de contrôle des soins médicaux et pharmaceutiques : MM. les Drs Paloque, président ; Luizy, Lenglet, Fanton d'Andon, Piot, Caillaud, Dournel et Gallois.

Education nationale. — Le *Journal Officiel* du 23 décembre publie un décret relatif aux mesures disciplinaires concernant les hauts fonctionnaires relevant de l'autorité du ministre.

Haut comité des recherches scientifiques. — Sont nommés membres du haut comité des recherches scientifiques :

MM. Maurain, membre de l'Institut, doyen de la Faculté des Sciences de Paris ; Deltheil, recteur de l'Université de Toulouse ; Gosse, doyen de la Faculté des Sciences de Grenoble ; Tiffeneau, doyen de la Faculté de Médecine de Paris ; Jean Perrin, membre de l'Institut, professeur à la Faculté des Sciences ; Emile Picard, secrétaire perpétuel de l'Académie des Sciences ; Lacroix, secrétaire perpétuel de l'Académie des Sciences ; Langevin, membre de l'Institut, professeur au Collège de France ; Lebeau, membre de l'Institut, professeur à la Faculté de Pharmacie ; Joliot-Curie, professeur au Collège de France ; Mayer, membre de l'Académie de Médecine, professeur au Collège de France ; Emile Borel, membre de l'Institut ; Edouard Herriot, président de la Chambre des Députés ; Bichelonne, ingénieur du Corps des Mines ; Aimé Berthod, ancien ministre ; Marcel Plaisant, sénateur ; Maurice de Broglie, membre de l'Institut ; Caquot, membre de l'Institut; Cotton, membre de l'Institut, professeur à la Faculté des Sciences de Paris ; Fabry, membre de l'Institut, professeur honoraire à la Faculté des Sciences de Paris ; Montel, membre de l'Institut, professeur à la Faculté des Sciences de Paris ; Terroine, professeur à la Faculté des Sciences de Strasbourg ; Faral, administrateur du Collège de France ; Surleau, inspecteur général des Etablissements d'armement ; Lemoigne, professeur à l'Institut national agronomique ; Raymond Beer, président de la Société des ingénieurs civils.

M. Jean Perrin est nommé président du comité et MM. Surleau et Joliot-Curie, vice-présidents.

Congrès international de pédiatrie. — Le Comité exécutif américain du Congrès international de pédiatrie, qui devait se tenir l'an prochain à Boston (U. S. A.) a informé le bureau français de ce Congrès que ce dernier ne pourrait avoir lieu, à la suite d'une décision de ce Comité, avant une date indéterminée.

Faculté de Médecine de Paris. — M. Chabrol, agrégé libre, M. Heuyer et Mlle Roudinesco, sont délégués dans les fonctions d'agrégés.

M. Carnot et M. Clerc, professeurs retraités, sont provisoirement maintenus en fonction.

Faculté de Médecine d'Alger. — M. Gillot, professeur, est nommé doyen pour trois ans, du 1er janvier 1940.

Mlle le Dr Porot est nommée chef des travaux du laboratoire d'anatomie pathologique.

Faculté de Médecine de Bordeaux. — M. Le Breton est chargé d'un cours d'anatomie.

Société Médicale de Saint-Louis (Mo. U. S. A.). — A la fin d'octobre, une cérémonie a eu lieu à la Société médicale de Saint-Louis en l'honneur du Dr William Washington Graves, professeur de neuropsychiatrie à l'Ecole de Médecine de l'Université de Saint-Louis. Au cours de cette réunion, le Dr Graves a reçu un « certificat de mérite » et une médaille d'or pour ses travaux sur l'hérédité.

De telles distinctions ont déjà été accordées deux fois par la Société. La première, en 1927, au Dr Evarts A. Graham et à ses collaborateurs, les Drs Glower H. Copher, Warren H. Cole et Sherwood Moore, pour leurs travaux sur la cholécystographie. La seconde, en 1935, au Dr Edward A. Doisy, pour ses travaux sur la chimie et la physiologie des hormones.

Nécrologie

Le Dr Henri Codet, ancien interne des hôpitaux de Paris (1917), ex-chef de clinique psychiatrique, décédé victime du même accident d'automobile qui a causé la mort du professeur agrégé Gayet et de sa belle-mère, Mme Hallion, femme du professeur Hallion, du Collège de France.

Ses obsèques ont eu lieu à Pontoise, sous la présidence du médecin général inspecteur Savornin et en présence d'une nombreuse assistance. Le médecin-commandant Jean Vinchon, en termes élevés, a traduit l'émotion douloureuse causée à tous par la tragique disparition de notre collègue dont les hautes qualités d'esprit et de cœur avaient conquis l'affectueuse estime de tout le personnel de l'hôpital psychiatrique de Moisselles.

— Le Dr Marcel Garnier, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, médecin honoraire des hôpitaux, décédé à l'âge de 69 ans. Garnier était un ancien élève du professeur Roger. On lui doit de belles recherches biologiques et de nombreux travaux sur l'endocrinologie et les maladies des voies digestives et du foie. Il était secrétaire général du Traité de Médecine.

Dr Emile Parmentier, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, décédé à l'âge de 78 ans. Il avait pris sa retraite comme médecin-chef de service à l'Hôtel-Dieu, en 1926.

— Le professeur A. Ribemont-Dessaignes, ancien interne des hôpitaux de Paris (1873), accoucheur honoraire des hôpitaux, professeur honoraire à la Faculté de Médecine, membre de l'Académie de Médecine, officier de la Légion d'honneur, décédé à Vendôme, à l'âge de 92 ans.

— Dr Gaspard Vassal, ancien maire de Charleville.



LAMBLIASE ET QUINACRINE

Par M. R. Levent

Quoique certainement plus fréquente dans les pays chauds, la lambliase est une affection qui peut se rencontrer dans tous les pays du monde. Divers animaux, rat, lapin, lièvre, renard ont été accusés de la disséminer; en réalité il semble que la contagion interhumaine joue le rôle principal.

La lamblia (Blanchard 1888) — alias giardia intestinalis (Lambl 1850) — est dans sa forme végétative un flagellé qui peut exister en abondance dans le grêle et dans le côlon de l'homme mais se rencontre surtout dans le liquide duodénal et jusque dans la vésicule biliaire. Le parasite se localise parfois dans la sous-muqueuse mais, le plus souvent, il vit à la surface de l'épithélium, englobé dans le mucus. Souvent il est bien toléré, mais il peut, surtout lorsqu'il est associé à d'autres protozoaires, donner lieu à des entérocolites dont la ténacité a été jusqu'ici désespérante.

Les signes fonctionnels sont parfois masqués lorsque la lambliase s'associe à la dysenterie; on observe alors un syndrome dysentériforme plus ou moins intense. Lorsqu'il s'agit d'infection lamblienne pure, l'évolution est en général chronique d'emblée.

On observe alors des alternatives de constipation et de diarrhée : 4 à 6 selles par jour, pâteuses, putrides, à réaction alcaline avec des glaires colorées par les sels biliaires où l'on peut trouver le parasite habituellement sous forme kystique. Mais la lamblia très résistante peut demeurer vivante même dans le contenu acide du côlon de la sprue.

On observe en même temps des douleurs abdominales de caractères divers et des douleurs dans la région hépatique, du ballonnement du ventre, des troubles de la sécrétion biliaire. L'appétit diminue; à la longue l'état général s'altère; il se produit un affaiblissement général, de la prostration physique et psychique.

Mais l'un des caractères dominants de ces troubles est leur persistance. Tous les traitements préconisés n'ont guère donné que des atténuations souvent dus à la suppression des autres causes associées d'entérocolite. C'est ainsi qu'avec un succès apparent on a essayé les traitements les plus divers : médications antiparasitaires; fougère mâle, santonine, thymol; antiseptiques intestinaux : naphtol β, salicylate, biiodine de bismuth, sous-nitrate de bismuth à dose massive, salol, bleu de méthylène, carbonate de gaïacol, térébenthine; chimiothérapie : émétine, yatrène, rivanol, galyl, arséno-benzène, stovarsol, prontosil même.

On a tout au plus obtenu une sédation que suivait plus ou moins vite une rechute et l'on a pu considérer que cette ténacité sans exemple et dont témoigne l'énumération ci-dessus, fort incomplète encore, était un des caractères principaux de la lambliase.

La situation semble entièrement modifiée depuis qu'en 1937, Galli-Valerio (de Lausanne) a publié les essais qu'avec Heim, Rossier, Martin (de Chatelguyon) il a fait en clinique de l'atébrine, dénomination française : Quinacrine (1), auxquels l'expérimentation de Brumpt venait apporter sa confirmation.

D'abord employé comme succédané de la quinine contre le paludisme, la quinacrine est un dérivé de l'acridine. C'est le dichlorhydrate de la chloro-2-diéthylamino-pentylamino-5-méthoxy-7-acridine de formule développée :

CH^3
$NH - CH - CH^2 - CH^2 \quad CH^2 - N(C^2H^5)^2$
CH C CH
$CH^3 - O - C$ 6 7 C 5 C 4 3 CH
8 C C 2 $2\,HCl.\,2\,H^2O$
HO 9 10 1 CCl
CH N CH

colorant jaune énergique qui, durant le traitement, imprègne parfois la peau.

Ce corps préparé pour la première fois en 1931 par Mietysch et Mauss d'Elberfeld se présente comme une poudre jaune soluble dans l'eau. La solution a une réaction neutre et une saveur amère.

La quinacrine est rapidement fixée par les organes et la peau et disparaît du sang. En ses points de fixation elle se décèle macroscopiquement par une teinte jaune et est nettement mise en évidence, même en l'absence de coloration par la fluorescence qu'éveillent les rayons ultra-violets. Elle se fixe avec prédilection sur le foie et la vésicule biliaire et sur le duodénum et la partie supérieure du grêle. Elle se fixe aussi mais en moindre quantité sur la rate, le rein et la moëlle osseuse.

Elle est peu toxique et son élimination se fait rapidement par la bile, les fèces et l'urine, mais cette élimination n'est qu'incomplète. Si la moitié environ de la dose administrée disparaît rapidement, le reste au contraire, demeure pendant plusieurs semaines en ses points de fixation sans donner naissance d'ailleurs à aucun symptôme spécial.

C'est tout d'abord comme médication antipaludéenne, renforçant l'action du traitement classique ou la prolongeant, que la quinacrine s'est fait une place en thérapeutique que l'on a tout lieu de croire définitivement acquise. En dehors de cette indication de premier plan elle a été essayée avec succès contre les affections à blastocystes et à trichoclastie. Essayée contre l'amibiase, elle s'est au contraire, montrée entièrement inefficace. Les kystes amibiens résistent à la quinacrine et dans les associations de lambliase et d'amibiase, cette dernière subsiste sans modifications alors que les lamblias ont disparu.

C'est Galli-Valerio qui, en 1937, essaya le premier la quinacrine contre les lamblias et obtint les premiers succès.

A la suite des résultats obtenus par Galli-Valerio, Brumpt fit des recherches expérimentales sur la souris blanche qui confirmèrent les vues de Galli-Valerio.

(1) Atébrine (Bayer); Quinacrine (Rhône-Poulenc, 866 R. P.).

Mais si le médicament jouit de propriétés curatives certaines, il ne possède aucune action préventive; la réinfestation par lamblia se produit même chez un animal encore imprégné de colorant. Cependant, *in vitro* une solution à 1 % tue les parasites en 2 à 3 heures; les extraits hépatiques administrés en même temps ne changent en rien son action; au contraire, l'association de bile à la quinacrine rend l'action de celle-ci deux fois plus rapide. Il est donc probable qu'il faut tenir compte à la fois de la concentration du médicament dans l'organisme et de son maintien plus ou moins prolongé au taux initial et aussi de l'association à la quinacrine de la bile ou de l'action adjuvante de substances cholagogues.

Mode d'administration. — Posologie.

Le mode d'administration le plus courant est la voie buccale. Dans certains cas cependant, soit chez de très jeunes enfants qui ne savent pas avaler les comprimés, soit chez des sujets à estomac délicat, il y a avantage à emprunter la voie parentérale; les injections peuvent se faire sous-cutanées ou intramusculaires et sont en général bien supportées.

La posologie est la même quelle que soit la voie employée.

Per os on emploie des *comprimés dosés à dix centigramme de quinacrine.* La dose normale est chez l'adulte de 3 *comprimés* par jour administrés en 3 *fois* et avalés sans les croquer ni les faire dissoudre (dose quotidienne trente centigrammes). La médication est continuée 5 *jours de suite* après lesquels elle est interrompue un temps égal. On reprend ensuite, s'il en est besoin, le traitement pendant 5 jours après lesquels on interrompra de nouveau.

Cette posologie représente un maximum; dans la crainte de troubles toxiques certains auteurs préfèrent laisser 10 jours de repos entre les périodes de traitement. Souvent d'ailleurs, des doses moindres ont paru aussi efficaces.

Si l'on donne la préférence à la voie parentérale on administrera chaque jour 3 injections sous-cutanées ou intramusculaires de dix centigrammes chacune et on interrompra au bout de 5 jours pour un temps égal.

Cette posologie est celle de l'adulte et représente un maximum; on devra d'ailleurs pour éviter les excès de posologie tenir compte du poids du malade. Certains auteurs évaluent la dose utile à 25 milligr. par kgr, ce qui est inférieur à la posologie ci-dessus mais évite à coup sûr tout ennui.

Pour les sujets plus jeunes, la posologie est naturellement plus modérée. Chez l'enfant au-dessus de 8 ans la posologie s'écarte peu de celle de l'adulte; chez l'enfant entre 4 et 8 ans il sera bon de s'en tenir à vingt centigrammes par 24 heures; chez l'enfant au-dessous d'un an un comprimé suffit.

Un certain nombre de précautions est utile. Il convient, en raison de la rétention partielle du médicament ingéré de se méfier d'un certain degré d'accumulation possible et de favoriser la diurèse par des boissons abondantes.

Pour ménager le tube digestif il est nécessaire de donner les comprimés au milieu du repas; ils devront être mélangés aux aliments et avalés sans croquer, dans une purée par exemple. Il est enfin utile de réaliser une alimentation riche en légumes et particulièrement en féculents.

Un complément utile du traitement est enfin le contrôle systématique des fèces qui, pratiqué après le traitement et répété de loin en loin, en dépit de toute guérison apparente, permet de dépister les réinfestations et de prescrire à propos un traitement d'entretien ou de consolidation. Il faut toujours, comme dans les autres affections à protozoaires, se méfier de la rétention de kystes, possible alors même que les formes végétatives ont entièrement disparu.

Résultats. — Au point de vue parasitologique, les résultats semblent excellents et rapides. Alors que l'on voit persister la forme parasitaire associée (trichocéphales, amibes, trichomonas, spirilles, etc...), les lamblias se montrent extrêmement sensibles à l'action du médicament et il est très habituel de voir les formes végétatives disparaître très rapidement, même par l'emploi de très petites doses de quinacrine. Cette substance semble donc avoir un rôle électif. L'élimination par les voies biliaires rend certainement les plus grands services. Il est prudent, néanmoins de se méfier durant un certain temps, de la persistance de kystes; il faut pratiquer des examens de selles combinés avec l'administration préalable d'un cholagogue (sulfate de magnésie).

Dans l'ensemble cependant, les succès semblent durables et se maintiennent longtemps, autant qu'une expérience encore récente, a permis de s'en rendre compte.

On doit aussi se méfier des réinfestations possibles lorsque le sujet continue à vivre en milieu contaminé. Dans ce cas d'ailleurs, une nouvelle cure de quinacrine est aussi efficace qu'un premier traitement.

Au point de vue clinique, les résultats ne semblent pas moins bons et les premiers succès obtenus par Galli-Valerio, Rossier, Heim, Martin (de Chatelguyon) ont trouvé confirmation de la part d'autres auteurs (Tecon, Grünéis, Tanguy, Caïn Cattan et Sikorav).

Le traitement est habituellement bien supporté; le malade n'accuse qu'une certaine fatigue et de l'inappétence; quelquefois la température monte à 38°; tous symptômes habituellement sans durée. Par contre les parasites disparaissent très vite. Le symptôme le plus marquant est l'apparition au bout de quelques jours d'une coloration jaune pseudo-ictérique de la peau et des conjonctives qu'il est nécessaire d'annoncer d'avance au malade. Il n'y a rien là d'un ictère : aucun pigment biliaire n'existe dans les urines; la bilirubinémie est normale; il y a seulement imprégnation tinctoriale qui dure de 10 à 15 jours.

Quelquefois, persiste de la diarrhée; il s'agit en général d'une entérocolite d'autre nature associée à la lambliase et l'administration de stovarsol peut suffire à tout ramener dans l'ordre.

La statistique des résultats est assez uniforme. Les cas les plus nombreux ont été réunis par Martin et comprennent ceux de Galli-Valerio et de divers autres auteurs. 54 cas de lambliase dûment identifiée ont montré dans 51 cas la disparition des parasites après une seule cure. 3 autres avaient interrompu le traite-

ment avant d'atteindre une dose suffisante; pour cette raison sans doute, un malade avait conservé des kystes dans les fèces. 19 cas traités par Tanguy ont été 19 succès, demeurés tels 6 mois après la fin du traitement ; 18 d'entre eux ont été rapidement obtenus. Grüneis a rassemblé 5 cas dont certains très anciens et a obtenu des succès rapides mais qui ont encore à subir l'épreuve du temps. Caïn, Cattan et Sikorav enfin, ont ajouté à la statistique 18 cas personnels où le succès à été complet et parfois extrêmement rapide. Dans tous les cas où les malades ont été revus, et souvent plus de 6 mois après la fin du traitement la guérison s'est avérée solide.

Incidents. — Dans quelques cas des incidents sont survenus. Nausées, vomissements, coliques habituellement temporaires et sans gravité et dont l'arrêt de la médication avec un régime de boissons bien compris a suffi pour venir à bout.

E. W. et A. D. Allen, Fulghum, dans 9 cas dont 5 paludéens sans antécédents mentaux, ont cependant observé des accidents toxiques plus graves : troubles mentaux à type de confusion mentale plus ou moins accentuée ou d'excitation maniaque.

Ces auteurs ont noté aussi dans le 1/3 de leurs cas une réaction abdominale et colitique intenses.

En général tous ces accidents n'ont pas duré plus de quelques jours et ont guéri sans séquelle.

Ils ne doivent pas moins inciter à la prudence et à une posologie parcimonieuse et sans prolongation inutile. Moyennant ces précautions, la méthode de Galli-Valerio apporte sans doute la solution d'un problème thérapeutique jusqu'alors décevant.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 27 DÉCEMBRE 1939

Un auto-distributeur de vide et de gaz comprimés, pour usage physiologique ou d'autres applications. — M. J. André Thomas.

Influence de l'échitamine sur les effets hypertenseurs et vaso-constricteurs de l'adrénaline. — M. Raymond Hamet.

Essai de vitaminisation préventive. — MM. G. Mouriquand, M. Dauvergne et Mme Violette Edel. — L'adjonction supplémentaire d'acide ascorbique à un régime équilibré, assurant le stock nécessaire de l'organisme en vitamine C, ne semble pas, au moins d'après l'expérimentation, thérapeutiquement indiquée.

SÉANCE DU 3 JANVIER 1940

Déshydration du sérum sanguin ; application au sérum syphilitique. — M. Maurice Doladilhe.

Sur le problème de la dissociation des propriétés séro-anaphylactiques et anticorps. — M. Marcel Mazille.

Sur une épreuve sérologique décelant les propriétés neutralisante des sérums à l'égard du virus du typhus. — MM. Jean Laigret et Roger Durand.

SÉANCE DU 8 JANVIER 1940

Les troubles respiratoires dans l'hémorragie et leur traitement par l'oxygène. — MM. Léon Binet et M. V. Strumza analysent les divers éléments du syndrome respiratoire de l'hémorragie : tachypnée, augmentation de l'amplitude respiratoire, élévation du débit. Par ailleurs les gaz du sang subissent des modifications importantes, la réserve alcaline diminue fortement et le taux de l'oxygène atteint des valeurs proportionnelles au taux de l'hémoglobine.

Ces observations les ont conduit à voir si la thérapeutique correctrice d'oxygénation ne pourrait agir sur les troubles respiratoires, les amender, éviter la syncope respiratoire, permettre la survie d'un organisme ayant subi une hémorragie qui serait mortelle dans les conditions ordinaires.

Un chien de 15 kg. 500 a été saigné à deux reprises, en même temps que l'injection intraveineuse de sérum rétablissait le volume sanguin ; chaque prise de sang de plus en plus dilué était de 1.000 cc. L'animal est soumis à l'inhalation d'oxygène pur et une nouvelle saignée de 400 cc. est pratiquée.

La tension artérielle est basse : 4 cm 5 de Hg. le taux d'hémoglobine tombe à 2 gr., mais la respiration reste régulière. Vingt-cinq minutes plus tard, on supprime l'inhalation d'oxygène et rapidement, en dix minutes, apparaît un syndrome d'anoxémie aiguë aboutissant à la syncope respiratoire. Le cœur présente alors une bradycardie (28 pulsations à la minute), puis une tachycardie terminale.

D'un autre côté, lors de la syncope respiratoire, il est possible, par respiration artificielle, de faire renaître la respiration pulmonaire et l'on observe la reprise des mouvements spontanés, amenant la survie de l'animal si l'inhalation d'O^2 est instantanée, alors que la respiration à l'air ordinaire, avec ce faible taux d'hémoglobine, est rapidement fatale.

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 16 JANVIER 1940

Plasma et anaphylaxie. — M. Brocq-Rousseu. — Des expériences faites en 1918 par Richet, Brodin et Saint-Girons, laissent penser que, peut-être, du plasma d'animal serait capable de remplacer le plasma humain, ou les transfusions sanguines.

Le sérum et le plasma ayant des compositions chimiques différentes, M. Brocq-Rousseu a recherché si le plasma était capable de donner les mêmes accidents anaphylactiques que le sérum. Il conclut positivement en ce qui concerne le plasma de cheval. Il pose la question de savoir combien il y a de sujets sensibilisés au sérum, sur 1.000 individus. Presque impossible à résoudre en temps de paix, elle pourrait l'être en ce moment, sur des hommes tous réunis, âgés de plus de vingt ans.

Sur la précocité d'apparition de l'allergie et de la résistance antituberculeuse chez les animaux vaccinés par des scarifications cutanées imprégnées de B. C. G. — MM. L. Nègre et J. Bretey montrent qu'environ 10 % des cobayes vaccinés par des scarifications cutanées imprégnées de B. C. G. commencent à réagir positivement à la tuberculine vers le quatrième à cinquième jour après leur vaccination et que cette proportion s'élève très rapidement dans les jours suivants, pour atteindre 90 % vers le vingtième jour.

Leurs expériences prouvent également qu'une certaine résistance antituberculeuse commence à se manifester chez les cobayes vaccinés par cette méthode dès le neuvième jour après leur prémunition. Cette résistance se renforce progressivement dans les jours suivants, et dès le dix-neuvième jour elle paraît atteindre un degré semblable à celui que l'on observe au bout de trente à quarante-cinq jours après la vaccination.

Tout en se gardant de vouloir généraliser à l'enfant les résultats qu'ils ont obtenus chez le cobaye, les auteurs font remarquer que toutes les observations expérimentales sur l'apparition de l'allergie après introduction du B. C. G. par les différentes voies ont pu être confirmées chez l'homme. Il est donc permis d'espérer que si cette méthode est appliquée à l'enfant, elle aura, entre autres avantages, celui de réduire d'une façon appréciable la durée de son isolement après la vaccination par le B. C. G.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 novembre 1939

Une nouvelle méthode d'impaludation thérapeutique. — MM. P. Molaret et J. Schneider rapportent une série d'expériences faites en malariathérapie avec des médicaments considérés comme essentiellement gaméticides. Ils ont pu mettre en évidence une action dysgonique sur les schizontes, qui leur a permis d'établir une *méthode pratique d'impaludation en deux temps*.

Par administration tardive, vers le neuvième accès, ils obtiennent une apyrexie et une disparition des parasites du sang qui persistent tant qu'une auto-hémo-injection n'est pas pratiquée. Cette dernière entraîne un nouveau cycle fébrile, qui s'éteindra spontanément, et une réapparition des parasites, sous forme de corps amiboïdes murs, mais incapables de se segmenter ; le traitement par la quinine stérilisera définitivement le sujet.

Par administration précoce (cinquième accès et avant), les mêmes phénomènes apparaissent, mais une récurrence se produit spontanément après un repos d'une semaine en moyenne ; ce délai permet au malade de reprendre un excellent état général et de supporter facilement la fin de la cure.

Cette modalité d'impaludation en deux temps doit être envisagée comme la technique d'avenir de l'impaludation thérapeutique et l'on peut considéré qu'avec elle la mortalité comme les contre-indications, tendront pratiquement vers zéro.

Traitement de l'asthme par l'acide phénylcinchoninique. — M. Loeper rapporte un cas d'asthme amélioré par l'A. P. C. Quelquefois mal toléré par voie buccale, l'A. P. C. peut être employé par la voie rectale associé au lithium à 0,40 ou 0,50 en perfusion rectale. On obtient surtout des résultats par voie intraveineuse en goutte à goutte

Les résultats sont très favorables. Le mécanisme de l'action de ce produit est sans doute analogue à celui de la morphine.

Il faut retenir l'intérêt de l'A. P. C. dans l'asthme non seulement au point de vue thérapeutique, mais aussi au point de vue physiologique, clinique et biologique.

Le déséquilibre alimentaire en vitamine B, dans certaines manifestations de l'alcoolisme, autres que la polynévrite. — MM. Villaret, Justin-Besançon et Klotz.

BIBLIOGRAPHIE

Hors de la Nuit, par H.-J. Muller. *Vues d'un biologiste sur l'avenir.* Traduit de l'anglais et préfacé par Jean Rostand. Un volume in-16 double couronne. Prix : 18 fr. Editions de la *Nouvelle Revue Française*, 43, rue de Beaune, Paris (7e).

L'éducation des parents, par W. Stekel. Traduit de l'allemand par Hélène P. Bernheim. Un volume in-16 double couronne. Prix : 20 francs. Editions de la *Nouvelle Revue Française*, 43, rue de Beaune, Paris (7e).

Claude Bernard. — Morceaux choisis et présentés par Jean Rostand. Un volume in-16 double couronne. Prix : 30 francs. Editions de la *Nouvelle Revue Française*, 43, rue de Beaune, Paris (7e).

La voie artérielle en chirurgie : artériographie-artériothérapie, par J.-P. de Fourmestraux, *Thèse de Paris*, 1939. — Un vol. in-8° de 49 pages. Imprimerie Durand, à Chartres (Eure-et-Loir).

CHRONIQUE

EN MARGE DES CONGRÈS

Par L. Babonneix
Membre de l'Académie de Médecine

Est-il vrai que les *Congrès s'amusent?* Oui, sans doute, au cinéma, lorsqu'il s'agit d'un film viennois et que la vedette féminine s'appelle Liliane Harvey, nom cher aux physiologistes. Plus souvent, ils jouent, pour la pensée des chercheurs, un rôle excito-sécrétoire, et il est rare qu'à les suivre, les plus érudits n'apprennent pas quelque chose. C'est ce dont fournit la preuve le professeur L. Binet (1), cet homme donc l'activité ordonnée a quelque chose de prodigieux, et qui n'a pas voulu se contenter d'être un « grand voyageur d'idées ». En douze ans, il a trouvé le moyen, au milieu de toutes ses occupations, de parcourir le monde et de rapporter, de ses promenades, force données du plus haut intérêt.

Que dire de nouveau sur le *vol des oiseaux*, se demanderont quelques « linottes » ? Et pourtant, les beaux documents photographiques présentés par M. P. Noguès au Congrès de Stockholm permettent d'étudier le comportement de l'aile aux diverses phases du vol : dans le poser, elle effectue les mêmes mouvements que dans l'essor. Il n'y a, entre les deux phases, qu'une différence d'intensité de la composante verticale opposée à la pesanteur, plus forte dans celui-ci, plus faible dans celui-là.

Qu'est-ce au juste que l'*autonomie* (P. Fredericq) ? Une action réflexe, puisqu'on peut l'obtenir par cautérisation du ganglion cérébroïde, mais, parfois aussi, une action volontaire (H. Piéron et J. Roskam). A citer aussi, au chapitre Découvertes de l'Ecole belge, les travaux de J. Demoor sur le rôle que jouent, dans la sécrétion des glandes, leurs propres hormones.

On sait aujourd'hui qu'il est possible, à l'aide d'un stimulus indifférent, d'obtenir des *réflexes conditionnels* variés : sécrétion urinaire (Mlle Bachrach et G. Morin, de Lyon), défécation, modifications vaso-motrices, perturbations du métabolisme de l'eau et du glucose, polypnée thermique, formation d'anticorps (Métalnikoff). Le tabac les supprime (L. Binet). Ces réflexes qui sont la gloire de l'Ecole russe (Pawlow), le regretté Antoine Béclère nous rappelait, peu avant sa mort, qu'ils avaient été découverts par Descartes. Lorsque, dit ce philosophe, un chien de chasse aperçoit une proie, son premier acte est de bondir sur elle, de même que, la première fois qu'il entend un coup de fusil, il ne songe qu'à détaler. Une fois dressé, il se met à l'arrêt lorsqu'il a découvert le gibier et il se garde bien de bouger quand le coup part. Ces actes ne sont-ils point des types parfaits, observait A. Béclère, des réflexes conditionnels ?

L'étude des *batraciens*, poursuivie surtout par le professeur Houssay, à Buenos-Aires, a permis de renouveler un sujet dont l'intérêt pouvait sembler épuisé :

1° Les mouvements des chromatophores reconnaissent une réaction ou nerveuse, réflexe, ou humorale, ou mixte.

(1) Léon Binet. *En marge des Congrès*, Paris, 1939, in-8°, 140 pages.

2° Le lobe antérieur de l'hypohyse tient sous sa dépendance la glyco-régulation et semble lui-même sous la dépendance de la région hypophyso-tubérienne.

3° Il existe un réflexe d'inhibition cardiaque à point de départ pulmonaire, et un hypotension liée à l'hypophysectomie (O. del Almereida).

4° L'inertie de la grenouille écorchée, ainsi que les perturbations qui se produisent alors dans ses mouvements respiratoires et cardiaques établissent le rôle que jouent, dans le tonus musculaire comme dans ces mouvements, les réflexes cutanés (O. del Almereida et Piéron).

Dans son laboratoire de Harward medical School, W.-B. Cannon a poussé très loin l'étude des *réactions émotives* expérimentales, qui se caractérisent par des symptômes externes : mydriase, rétraction du pavillon de l'oreille et, surtout, érection des poils ; viscéraux : suspension des mouvements de l'estomac, dilatation des bronches, tachycardie et hypertension dus à une décharge adrénalinique ; « occultes » : polyglobulie, hyperglycémie et hypercholestérinémie, tous phénomènes ayant pour résultat de « dopper » l'animal.

Du Canada, le professeur Binet a rapporté des souvenirs concernant la « grenouille-bœuf », qui, pour nourriture habituelle, choisit ses « collègues », qui, au lieu de faire les mortes, ont la fâcheuse idée de bouger. Cannibalisme ? Assurément, et peut-être justifié (H. Busquet).

L'histoire naturelle de l'Egypte a été l'objet, de la part d'un provinois, Savigny, d'une description magistrale où l'on voit figurer le Scarabée sacré, qui vit assez longtemps pour que ses membres postérieurs finissent par succomber, eux aussi, à la guerre d'usure ; les Erémiaphiles, qui prennent la couleur du sol sur lequel ils vivent ; le Caméléon, dont le rythme respiratoire et la formule sanguine ont quelque chose de très spécial ; le Varan du désert, qui se défend contre la chaleur par la polypnée (P. Langlois) ; le Pluvian du Nil, qui passe, avec le Crocodile, un contrat d'association ; l'Aboukerdane, aviateur médiocre, pêcheur passable, chanteur qui « vient immédiatement après le Corbeau », mais qui a pour lui d'être un « joli garçon » non dépourvu de sex-appeal ; le Dromadaire, qui, lorsqu'il est à sec, peut absorber 70 litres d'eau en six minutes (H. Coutière), etc., etc.

Le XVIe Congrès international de physiologie se tenait à Zurich. Occasion unique pour aborder les questions que pose la *biologie des altitudes* : polyglobulie des hauteurs (F. Viault, 1890), qui peut être à long ou à court terme, la première, tardive mais durable, causée par une exagération de l'hématopoïèse, au sujet de laquelle l'auteur, avec MM. Beyne et Strumza, a déterminé le degré d'abaissement de la tension artérielle d'oxygène qui représente le seuil de la réaction polyglobulaire ; la seconde, précoce, liée surtout à la contraction de la rate ; la dyspnée d'altitude, qui est essentiellement une dyspnée cardiaque (P. Hager) ; le comportement du cerveau aux altitudes ; les réactions respiratoires à l'altitude, etc., etc.

Que de notions nouvelles concernant l'*intoxication par l'oxyde de carbone* et par la *fumée de tabac !* A Strasbourg, M. Nicloux montre que les besoins d'oxygène sont satisfaits par le plasma, qui en contient des quantités suffisantes. A Nancy, P. Mathieu et L. Merklen, comme M. Binet à Paris, analysent l'influence funeste qu'exerce, chez les poissons, la fumée du tabac sur la mémoire d'évocation.

Rien qui fasse bénéficier la science comme les laboratoires de *biologie marine !* Qui ne se rappelle les recherches qu'y ont effectuées Metchnikoff sur la phagocytose, Ch. Richet et Portier sur l'anaphylaxie, E. Gley et L. Camus sur les ichtyotoxines, Y. Delage sur la parthogénèse, ou qu'y effectuent encore Legendre, Ch. Pérez et leurs collaborateurs ?

C'est à Lille que le regretté Lambling avait mis en évidence le rôle funeste que joue, sur le dévloppemnt de l'organisme, l'insuffisance de la ration en albumines, et particulièrement en lysine ; que MM. Wertheimer et Combemale prouvent l'existence, après arrêt expérimental du cœur, de courants sanguins capables de transporter telle ou telle substance artificiellement introduite dans la circulation. A Montpellier, F. Derrien avait minutieusement étudié les réactions aboutissant à la production de la pourpre ; Vialleton, la biologie de la seiche ; P. Turchini, l'excrétion urinaire de cet animal ; Hédon, le rôle du pancréas dans la production du diabète sucré. C'est à Nice que Brown-Séquard a poursuivi ses recherches sur l'épilepsie expérimentale, d'une part, sur les « cures de rajeunissement » obtenues par injections d'hormone testiculaire, de l'autre.

Le professeur L. Binet ne se contente pas d'être le maître dont le rôle « doit se borner à montrer à l'élève le but que « la science se propose et à lui indiquer tous les moyens « qu'il peut avoir à sa disposition pour l'atteindre » (1). Il ne lui suffit pas d'avoir déjà, à maintes reprises, connu « les joies de la découverte qui sont certainement les plus « vives que l'esprit de l'homme puisse ressentir » (2). Il a encore l'élégance d'exposer les travaux des autres. Une fois de plus, louons-le de si bien servir la physiologie. Quand — très tard, il sera au terme de sa carrière, il pourra se dire, lui aussi, qu' « ayant reçu la flamme de l'enthousiasme, *il ne devait* pas la laisser s'éteindre avec lui, et « *qu'il avait eu* un message à porter aux jeunes gens » (3).

(1) Claude Bernard. *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale.* Paris, 1865, in-8°, p. 395.

(2) Id. *Id.*, p. 388.

(3) Charles Nicolle. *Introduction à la carrière de la médecine expérimentale.* Paris, 1932, in-18, p. 2.

CONGRÈS

Congrès neurologique international de Copenhague (1)

21-26 août 1939

(Suite et fin)

PROBLÈMES CONCERNANT LES VITAMINOSES NOTAMMENT PAR RAPPORT AU SYSTÈME NERVEUX PÉRIPHÉRIQUE

Aspect neurologique des avitaminoses, dans leur rapport spécial avec le système nerveux périphérique. — Edward Mellanby (Londres). — Le rôle de la vitamine B^1, l'aneurine, d'abord connue dans le domaine expérimental, a pris place maintenant en clinique. Toutefois, Mellanby montre que le déficit isolé d'aneurine ne suffit pas pour créer des polynévrites expérimentales histologiquement décelables, peut-être parce qu'une trop grande carence d'aneurine chez les animaux détermine rapidement la mort. Certains auteurs semblent, cependant, avoir réalisé une lésion centrale par avitaminose. Ou bien la carence d'aneurine n'agit-elle pas en déterminant d'autres carences, celles de vitamine A et de riboflavine.

Il semble aussi que, chez l'homme, ni la carence d'aneurine, ni la consommation d'alcool isolé, suffisent à déterminr une polynévrite, mais que l'association des deux est nécessaire. Le mode d'action de la vitamine B^1 dans le tissu nerveux et les autres tissus consiste dans le contrôle des hydrates de carbone. L'oxydation du pyruvate par le tissu nerveux nécessite la présence d'aneurine.

Acide nicotinique. — Le fait que l'acide nicotinique prévient la pellagre laisse penser que sa carence peut détermi-

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux*, 1939, nos 91-92, 95-96, 99-100, 103-104.

ner des lésions nerveuses. Les lésions nerveuses dues à la carence d'acide nicotinique sont jusqu'ici exceptionnelles.

Vitamine B. — Les porcs privés de cette vitamine présentent des attaques épileptiques, et les jeunes chiens des convulsions, ce qui laisse penser que la carence de cette vitamine peut déterminer des lésions nerveuses.

Anahœmie. — Dans les syndromes neuro-anémiques, il est vraisemblable que c'est la même substance d'origine hépatique qui réalise les lésions sanguines et les dégénérescences cordonales.

Vitamine A. — La carence en vitamine A chez les jeunes animaux détermine des lésions du système nerveux périphérique et central, et ce sont les voies afférentes qui sont les plus touchées, les lésions intéressant les fibres et les cellules, de la moelle, du tronc cérébral et du cervelet. Elles ressemblent aux dégénérations toxiques de l'ergotisme, de la pellagre et du lathyrisme. Dans ces affections, on a observé des lésions osseuses du rocher de décalcification et d'hypercalcification qui expliquent sans doute l'atteinte de la VIIIe paire. L'examen a montré également des lésions osseuses du rachis, et il paraît possible que l'atteinte des racines postérieures relève également de la compression osseuse. Mais ce n'est pas une certitude. Il semble difficile d'expliquer ainsi la dégénérescence des neurones ascendants de la moelle, du faisceau spino-cérébelleux, qui sont des fibres endogènes. Il en est de même pour la xérophtalmie et la cécité. Il est donc possible que le mécanisme des lésions nerveuses soit variable suivant les nerfs atteints.

Aspects cliniques et anatomiques du béribéri expérimental des pigeons et de l'action de la vitamine B^1. — M. Riquier (Pavie). — L'auteur apporte un résumé de ses recherches personnelles. Cliniquement, la maladie s'installe et évolue de façon d'autant plus rapide que la carence avitaminosique est plus grande ; les troubles moteurs sont très précoces et apparaissent quatre à cinq jours avant toute manifestation d'un syndrome neurologique autre ; les manifestations appelées attaques vestibulaires, ou cérébelleuses, qui sont d'habitude considérées comme des manifestations d'ordre irritatif, relèvent d'un fonctionnement défectueux du labyrinthe.

L'origine toxique des lésions du béri-béri expérimental des pigeons les identifie avec les névrites toxiques de l'homme. Cette conception est confirmée par le caractère des lésions viscérales, en particulier celles des glandes endocrines (pancréas, capsules surrénales, hypophyse), qui sont comparables à celles des maladies toxiques, ou par troubles du métabolisme. Elles traduisent une réaction organique contre une cause morbifique durable.

Etiologie et pathologie des polyneuropathies, avec remarques sur le traitement et la dégénérescence neurale générale. — M. Wechsler (New-York).

1° Maints cas de polynévite d'origine obscure, dites infectieuses ou toxiques, sont de simples syndromes déficitaires avitaminosiques. L'existence d'anorexie, de vomissements, de diarrhée, d'anachlorhydrie, le prouve, ainsi que l'amélioration par l'ingestion de vitamines. La cachexie polyneuropathique, la polyneuropathie de la grossesse qui s'accompagne de vomissements plus ou moins incoercibles, sont des avitaminoses ;

2° Nombreux cas de polynévrite arsenicale, diabétique, phosphorée, etc., possèdent un autre facteur déterminant l'avitaminose. L'existence de troubles gastro-hépatiques, et l'incapacité de mobiliser les vitamines, confirment cette opinion. La fréquence moins grande, à dose égale de toxique, des accidents nerveux quand l'arsenic pénètre par voie veineuse est en faveur de la même opinion. Les polynévrites diabétiques sont, en partie, le fait du régime carencé de ces malades ;

3° Le terme de polynévrite doit être exclusivement appliqué aux altérations anatomiquement inflammatoires. Les lésions nerveuses avitaminosiques sont dégénératives. L'alcool, le plomb, l'oxyde de carbone, le diabète, l'arsenic, la toxine diphtérique, etc., ne déterminent pas de lésions inflammatoires. Ces mêmes facteurs peuvent déterminer des myélopathies et des encéphalopathies dégénératives ;

4° La vitamine B^1, ou le complexe B, jouent un rôle dans la genèse du béribéri, de la pellagre, des polyneuropathies alcooliques et de toutes celles qui relèvent de l'avitaminose. Mais le déficit de vitamine A est cause, également de neuropathie. La carence de vitamines C et D peut déterminer également des lésions des nerfs périphériques et de la moelle. En tout cas, leur présence prévient certaines lésions nerveuses. En résumé, dans maintes neuropathies, il existe un facteur additionnel, une toxine, poison ou inflammation, qui a un rôle étiologique ;

5° Le traitement des polyneuropathies, outre les traitements usuels, consiste à prévenir les avitaminoses, à écarter l'action d'agents nocifs spécifiques ou toxiques, et dans l'administration de quantités convenables de vitamine, par voie orale et intraveineuse. La vitamine B^1 est la plus active. L'acide nicotinique est indiqué dans la glossite et la stomatite de la pellagre, et dans les encéphalopathies alcooliques. D'autres vitamines peuvent être utiles. Le traitement vitaminique doit être prolongé pour être efficace et dosé proportionnellement au poids du corps.

Nutrition déficitaire et système nerveux périphérique ; aspect clinique avec référence spéciale à la vitamine B^1. — M. Charles C. Ungley. — Trente-six cas de polynévrite ont été étudiés pour les troubles de la nutrition. L'avitaminose B^1 était responsable dans la plupart des cas, si ce n'est dans tous. Il s'agissait de troubles gastro-intestinaux (8 cas), d'alcoolisme (2 cas), de vomissements de la grossesse (2 cas). Dans ces cas, la polynévrite ressemblait au béribéri. En cas de vomissements prolongés, ou d'ingestion d'alcool, la ration en calories de vitamine B^1 est inférieure à la dose habituelle. Dans de nombreux cas, cependant, le déficit alimentaire ne suffit pas pour causer une polynévrite chez un sujet à fonctions gastro-intestinales normales, en ce sens l'avitaminose B^1 étant conditionnée par l'état normal du tube digestif. D'autres facteurs cliniques peuvent intervenir : le taux de la vitamine B^1 bas dans le sang et son élimination en faible quantité. La vitamine B^1 abolit souvent les divers déficits organiques, cardio-vasculaire ou autre, et aide à guérir la polynévrite. L'amélioration des cas sévères est lente.

Rarement, l'avitaminose B^1 joue un rôle dans la polynévrite diabétique (5 cas), dans la goutte (1 cas), dans la paralysie saturnine (2 cas certains et 2 probables), dans la polynévrite diphtérique (2 cas), dans la névrite hypertrophique récurrente (1 cas), dans les polynévrites inexpliquées avec hyperprotéinémie du liquide céphalo-rachidien (5 cas). Nombre de ces cas différaient du béribéri par la topographie des paralysies, les caractères du liquide céphalo-rachidien, l'absence de déficit de la nutrition. L'élimination de vitamine était variable, haute ou basse. Un taux normal d'élimination exclut théoriquement l'insuffisance ; un taux bas ne conditionne pas nécessairement l'origine avitaminosique des accidents. Les rémissions spontanées retirent toute valeur aux tests thérapeutiques, et la vitamine B^1 restait sans action sur la plupart de ces polynévrites.

Dans 6 autres cas, il est impossible de préciser l'existence d'un déficit de la nutrition. La polynévrite, rare, dans l'anémie pernicieuse, serait, dans un cas, le fait de troubles gastro-intestinaux, dans un autre peut-être infectieuse. Il s'agissait d'un tableau de sclérose combinée subaiguë, n'ayant sans doute pas de rapport avec l'avitaminose.

H. Schaeffer.

Association de la Presse Médicale française.

ACIDES AMINÉS CONTRE LA TUBERCULOSE

Au cours d'une revue sur « Le traitement médical de la tuberculose », paru dans la *Presse Médicale*, du 13 février 1937, Henri Barth, médecin honoraire de Necker, confirme l'action bienfaisante de l'**Okamine** dans la tuberculose.

D'autres spécialistes ont reconnu que le Glycocolle (base de l'Okamine), est le traitement de choix des accidents auriques et arsénobenzolés, preuve de son action réparatrice biologique.

Le 19 février suivant, le Dr Dani-Hervouet a donné communication à la Société Médicale des Praticiens de sa formule n° 3, **Okamine cystéinée**, expérimentée depuis deux ans et demi, qu'il préconise comme traitement de fond prolongé des formes graves ou rebelles.

La Cystéine, qu'il associe à l'Okamine, est le principe actif du cortex surrénal. Il est en même temps une des trois bases du Glutathion, produit physiologique de haute importance, étudié surtout par le Pr Binet et ses élèves. Une autre base du Glutathion est le Glycocolle, premier constituant de l'**Okamine.**

Donc **Okamine simple**, moins coûteuse, pour les *tuberculoses courantes ;* **Okamine cystéinée** pour les *formes graves ou rebelles de préférence.*

NOTES POUR L'INTERNAT

ERYSIPÈLE DE LA FACE

C'est une septico-dermite provoquée par le streptocoque, dont le siège à la face est de beaucoup, en clinique, le plus fréquent.

ETIOLOGIE. — Elle est résumée par l'existence d'une *plaie cutanée* ou *muqueuse*, si minime soit-elle, qui sert de porte d'entrée au streptocoque.

La maladie ne se propage que par un mécanisme de transmission, directe ou indirecte; il n'y a pas, à proprement parler, d'épidémie *vraie d'érysipèle*, et celui-ci va pouvoir survenir à la faveur d'une excoriation de la peau ou d'une muqueuse par laquelle pénètre le streptocoque venant :

— *soit du dehors*, apporté par contact manuel ;

— *soit du malade lui-même*, à la faveur d'une lésion streptococcique de voisinage, ou par hypervirulence des streptocoques de la bouche, du nez, etc.; dans ces cas, parti de la muqueuse, il gagne rapidement la face : *il sort.*

Il paraît plus fréquent chez la femme. Mais, fait à souligner d'emblée, tout ce qui débilite l'organisme sera favorable à son éclosion et à son développement ; le rôle du *terrain* est ici primordial ; aussi est-il presque toujours noté dans l'étiologie l'intervention d'une cause occasionnelle : le froid, les fatigues, les règles, une intoxication, ou, à plus forte raison, une lésion organique (foie, reins).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Ces lésions de dermite sont toujours maxima à la périphérie, qui constitue la zone d'envahissement ; à ce niveau, les mailles du derme sont distendues par un exsudat fibrineux riche en streptocoques, et par des infiltrats leucocytaires. Au centre, l'œdème a disparu et les streptocoques sont trouvés dans la lumière des vaisseaux lymphatiques. Mais la sérosité gagne souvent l'épiderme, ce qui explique les phlyctènes. Elle peut s'étendre, mais plus rarement, dans le tissu cellulaire.

C'est pratiquement toujours la variété hémolytique du streptocoque que l'on rencontre dans l'érysipèle. Ce n'est que dans les formes particulièrement graves qu'on peut les trouver par hémoculture.

ETUDE CLINIQUE. — L'étude des lésions explique les caractères cliniques de l'érysipèle arrivé à sa période d'état, mais, dans l'ensemble, ceux-ci affectent le type d'une *maladie éruptive*, avec les 4 phases habituelles :

1° Phase d'incubation : de durée très variable, parfois quelques heures, plus souvent de trois à sept, neuf jours, sans qu'il soit possible d'établir une relation entre la gravité de la maladie et la durée de cette incubation.

2° Phase d'invasion : brutale, solennelle, du type *pneumonique.*

Dans les cas moyens habituels, un *grand frisson*, violent, unique et prolongé, suivi d'une élévation thermique rapide à 39°-40°, et en même temps céphalée, courbature, vomissements.

L'examen à cette période est souvent *négatif.*

D'autres fois, on note des signes précieux : *une adénopathie sous-maxillaire* (Chomel) dans le territoire qu'occupera la plaque ; *une réaction des muqueuses pharingo-nasales*, avec coryza aigu et surtout *angine rouge.*

Enfin, dans certains cas, une excoriation voisine des orifices naturels, entourée d'une zone que le malade se plaint d'être chaude, tendue et douloureuse, attire l'attention.

De toutes façons, en vingt-quatre heures en moyenne, l'érysipèle va prendre son aspect typique : *la plaque.*

3° Phase d'état. — La plaque érysipélateuse.

Elle débute sous forme d'une petite tuméfaction lenticulaire, rouge vif, cuisante :

Au pourtour des ailes du nez, très fréquemment ;

Ou encore au lobule de l'oreille, à l'angle externe de l'œil, à une commissure labiale.

Enfin, très souvent, autour de la lésion cutanée, quel que soit son siège, qui lui a donné origine.

Une fois constituée, elle est typique.

Elle est *saillante*, *œdémateuse*, *rouge vif ou violacé.*

Sa surface, finement grenue, est parsemée rapidement de vésicules remplies de liquide citrin. Par rupture, ces vésicules donnent issue à un exsudat dont la coagulation forme des croûtelles jaunâtres.

Ses bords sont soulevés, formant le *bourrelet* classique que l'on perçoit en glissant le doigt de la peau saine vers la plaque.

Elle est *douloureuse* : spontanément (sensation pénible de tension, de cuisson) et au palper, surtout au

niveau du bourrelet, où siège le maximum des lésions.

Enfin, elle est *chaude*, et cette hyperthermie s'étend au delà des limites de la plaque, mais reste *maxima*, comme tous les autres symptômes, au niveau du bourrelet.

Elle s'étend très rapidement, en tache d'huile, la périphérie conservant toujours le maximum des symptômes. Elle peut ainsi envahir toute la face (sauf le menton), infiltrant d'un œdème énorme les régions où le tissu cellulaire est lâche et abondant (paupières, lèvres), déformant les oreilles, atteignant le cuir chevelu, siège alors d'une douleur très vive, et prenant un aspect rose pâle.

Lorsqu'elle commence à la racine du nez, elle s'étend « en ailes de papillon » sur chaque joue.

Pendant toute cette période :

a) les ganglions correspondants restent gros et douloureux ;

b) *les signes généraux* surtout restent des plus marqués :

La température reste aux environs de 39°-40°, soit en plateau, soit avec de légères oscillations ; le maximum fébrile est habituellement vespéral, mais il faut savoir que des variations très brusques sont souvent notées.

Le pouls est rapide, la T. A. abaissée.

Les urines sont rares, foncées, souvent albumineuses ; l'élimination de l'urée et des chlorures y est diminuée.

L'examen du sang montre de la polynucléose.

Les troubles digestifs sont constants et les *troubles nerveux* sont particulièrement violents quand le cuir chevelu est atteint : insomnie, délire, agitation. Ils sont toujours de règle chez les éthyliques, où ils revêtent alors une forme violente.

4° Phase terminale. — La durée de la phase précédente est *classiquement*, et en moyenne, de cinq à huit jours.

L'apparition et l'application de la chimiothérapie antistreptococcique semble l'avoir écourtée.

Quoi qu'il en soit, et à condition que ne surviennent ni extension sur des parties nouvelles du tégument, ni poussées réitérées *in situ*, la *guérison* est de règle au bout de ce temps.

Elle est *annoncée* par une sédation *brutale* des signes généraux, qui a lieu *avant* celle des signes locaux : c'est une véritable *crise*, qui, comme la crise pneumonique, est tout ensemble *thermique, urinaire, sudorale et sanguine* (éosinophilie assez considérable).

Localement :

Le bourrelet et la tuméfaction s'effacent ;

La rougeur diminue, en commençant par le centre; il ne reste bientôt qu'une fine desquamation furfuracée de l'épiderme, ce qui laisse la peau légèrement érythémateuse ; pendant un certain temps, la région atteinte demeurera le siège de troubles vaso-moteurs persistants, mais il n'y a jamais dans ces formes moyennes habituelles, de *cicatrice*.

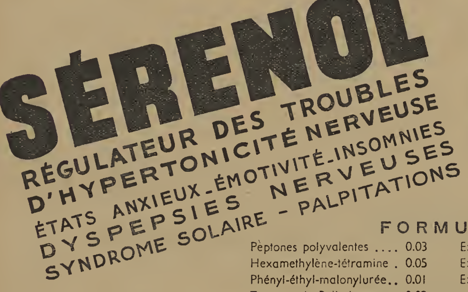
L'*alopécie* en îlots ou diffuse est souvent consécutive à l'envahissement du cuir chevelu : la repousse est lente et les cheveux peuvent avoir une couleur nouvelle.

(*A suivre.*) Guy Le Sueur

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

DÉSÉQUILIBRE NEURO-VÉGÉTATIF





FORMULE

Peptones polyvalentes	0.03	Extrait fluide d'Anémone..	0.05
Hexamethylène-tétramine .	0.05	Extrait fluide de Passiflore.	0.10
Phényl-éthyl-malonylurée..	0.01	Extrait fluide de Boldo ...	0.05
Teinture de Belladone	0.02	pour une cuillerée à café	
Teinture de Cratægus	0.10		

DOSES moyennes par 24 heures : 1 à 3 cuillerées à café ou 2 à 5 comprimés, ou 1 à 3 suppositoires

---

PARFAIT SÉDATIF DE TOUTES LES **TOUX**

ADULTES ET ENFANTS
DE TOUT AGE

GOUTTES NICAN

GRIPPE

TOUX DES TUBERCULEUX

COQUELUCHE

ECHANTILLONS & LITTERATURES, Laboratoires **CANTIN** A **PALAISEAU** S-O. FRANCE

Nos 9-10. — 31 JANVIER-3 FEVRIER 1940. 113e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** **Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Conseil supérieur de l'Instruction publique. — Le Conseil a été convoqué en session ordinaire le vendredi 2 février 1940.

Santé publique. Le *Journal Officiel* du 21 janvier 1940 publie un arrêté relatif à l'examen conférant le diplôme d'Etat d'assistant ou d'assistante de service social.

Académie des Sciences. — Parmi les sièges actuellement vacants signalons :

Académicien libre, un siège, celui de M. Paul Séjourné, architecte, décédé.

Associés étrangers, une place, en remplacement de M. Edmond Becker Wilson, décédé.

Correspondants ; anatomie et zoologie : *une place,* en remplacement de M. Thomas Hunt Morgan, élu associé.

Médecine et chirurgie : *une place,* en remplacement de M. Simon Flexner, élu associé.

Académie de Médecine. — L'Académie de Médecine a décidé de ne plus procéder, dorénavant, à des élections avant la fin de la guerre, cependant de nombreux sièges sont vacants.

Membres titulaires décédés : MM. Brault (médecine), Legueu et Ribemont-Dessaignes (chirurgie), Auguste Pettit et Desgrez (sciences biologiques).

Associés étrangers décédés : MM. W. Mayo, Harvey Cushing, Viggo Christiansen, F. de Quervain.

Correspondants nationaux décédés : MM. Debayle, Mouisset, Maillard, Hache.

Correspondants étrangers décédés : Sir John R. Bradford, MM. Chutro, William Park et Ludwig.

Deux correspondants nationaux élus associés sont à remplacer : MM. Castaigne et Bouin, ainsi que *deux correspondants étrangers élus associés étrangers :* MM. Castex et Nolf. Au total, 21 sièges sont à pourvoir.

A. D. R. M. — L'Assemblée générale annuelle de l'A. D. R. M. a eu lieu le mardi 30 janvier, à 16 h. 30, au Foyer des Professeurs de la Faculté de Médecine, sous la présidence de M. le professeur Achard.

Ordre du jour : Allocution de M. le professeur Tiffeneau doyen ;

Compte rendu moral par M. le professeur Hartmann, président.

Compte rendu financier par M. le professeur Lemaître, trésorier.

Renouvellement statutaire du tiers des membres du Conseil d'administration.

Discours de M. le professeur Achard, secrétaire perpétuel de l'Académie de Médecine.

La protection contre les gaz liquides toxiques. — Le *Journal Officiel* du 19 janvier publie un décret visant les produits médicamenteux destinés à neutraliser les toxiques de guerre. Ces produits sont des médicaments qui ne peuvent être préparés et mis en vente que par des pharmaciens après enregistrement au laboratoire national de contrôle des médicaments.

Les mentions : défense passive, gaz vésicants, liquides toxiques, etc., sont interdites dans le conditionnement et la publicité de ces produits.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESE DE MEDECINE

Lundi 8 janvier. — Jury : MM. Troisier, Bénard, Rouvière, Ecalle. — M. Tahier. Leptospirose méningée à forme hémorragique. — M. Villomann. Atélectasie après section d'adhérence pleuro-pulmonaire au cours du pneumothorax thérapeutique. — Wachtel. Sur un cas de côte cervicale avec troubles vasculaires et syndrome de Raynaud. — Lecorvaisier. Contribution à l'étude de l'histoire de l'enseignement de l'anatomie à Angers. — M. Brac. Contribution à l'histoire de l'enseignement de l'anatomie.

Mardi 9 janvier. — Jury : MM. Jeannin, Laignel-Lavastine, Leroux, Velter. — M. Delatte. De quelques modalités de la psychothérapie des vomissements incoercibles de la grossesse. — M. Oudot. Acquisitions récentes dans la thérapeutique et la prophylaxie de l'infection puerpérale. — M. Brocard. Conceptions actuelles de l'allergie nasale. — M. Mayor. La leucémie lymphatique chez le vieillard. — M. Courau. Le cylindrome du cuir chevelu. — M. Chareire. Sur un cas d'ostéomyélite suraiguë du temporal chez le nourrisson.

Mercredi 10 janvier. — Jury : MM. Gosset, Loeper, Mondor, Aubertin. — M. Blanc. De la valeur du spasme artériel dans le syndrome de Volkman. — M. Robin. De l'emploi de la pince de Von Detz en chirurgie gastrique. — M. Bloch. Les hyperazotémies post-hémorragiques. — M. Bernard. Contribution à l'étude du tétanos post-abortum et de son traitement. — M. Rogery. Contribution à l'étude des accidents nerveux post-hémorragiques. — M. Lux. La leucémie des radiologistes. — M. Danset. La chlorophylle pure dans la thérapeutique moderne.

Jeudi 11 janvier. — Jury : MM. Nobécourt, Tanon, Lereboullet, Gougerot. — M. Salmen. Formes frustes et graves de la spirochétose chez l'enfant. — M. Cottreau. Les verres de contact, solution au problème du port des lunettes sous le masque à gaz. — M. Decormeille. L'examen sanitaire de la viande dans une formation de l'avant. — M. Hébert. Etude sur un cas d'inversion utérine chronique tardive. — M. Guihard. Les méningites à pseudo-méningocoques et leur traitement. — M. Besse. Contribution à l'étude de la chimiothérapie sulfamidée en médecine infantile. — Mlle Lesenne. Contribution à l'étude des méningococcémie à forme pseudo-palustre.

Mardi 16 janvier. — 1° Jury : MM. Cunéo, Guillain, Gougerot, Gastine. — M. Ruel. Contribution à l'étude du traitement du chancre mou et de la maladie de Nicolas-Favre par les sulfamides et leurs dérivés. — M. Gauthier. De la suture primitive des fractures ouvertes des membres. — M. Garde. Syringomyélie et traumatismes. M. Lambest. Méningites à méningocoques. Essai sur la sulfamidothérapie à propos d'une observation chez un nourrisson. — M. Treil. Essai sur la cure bourboulienne et ses indications en dermatologie. — M. Guimezanes. Contribution à l'étude des capillarites.

2° Jury : MM. Jeannin, Lemaître, Laignel-Lavastine, Ameline. — M. M. Masson. Les arthrites aiguës à gonocoques chez l'enfant. — M. Oudot. Acquisitions récentes dans la thérapeutique et la prophylaxie de l'infection puerpérale. — M. Devilliers. Contribution à l'étude de l'articulé en prothèse dentaire complète. — M. Balenbois. La déshydratation dans les maladies infectieuses. — M. Laurent. Contribution à l'étude de quelques thérapeutiques actuelles en psychiatrie. — M. Hamel. Contribution à l'étude de la goutte (étude clinique des formes atypiques).

Mercredi 17 janvier. — 1° Jury : MM. Baudouin, Lemierre, Loeper, Binet. — M. Plenier. Etude du diagnostic et du traitement des comas diabétiques. — M. Pialoux. A propos d'un cas d'encéphalite observée au cours d'une fièvre typhoïde. — M. Person. Le polype choanal chez l'enfant. — M. Masson, P. Conceptions actuelles sur l'existence de la colite allergique. — M. Deslandes. Syndrome anémique grave et hernie diaphragmatique de l'estomac. — M. Mrozowicz. Contribution à l'étude des angines monocytes. — M. Sagues. Etude de l'influence de la baisse de tension de l'oxygène respiratoire sur la température homéotherme.

2° Jury : MM. Couvelaire, Grégoire, Troisier, Funk-Brentano. — M. Jourdan. De la présentation du siège. — M. Poirier. Un cas d'iléus biliaire. — M. Trouvé. Contribution à l'étude de l'anesthésie en chirurgie de guerre. — M. Thibier. Quelques cas de thoracoplastie avec apicolyse de Semb. — Mlle de Neyman. De l'éclosion de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant. — M. Ducourneau. Dépistage de la tuberculose par la percuti-réaction de Moro-Stamburger. — M. Mazel. Localisation des projectiles de guerre par la tomographie, la tomoscopie et la sériescopie.

Nécrologie

M. Alexandre Desgrez, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris, membre libre de l'Académie des Sciences depuis 1914, membre titulaire de l'Académie de Médecine depuis 1919, commandeur de la Légion d'honneur. Il avait succédé à Armand Gautier dans la chaire de chimie de la Faculté de Médecine. M. Desgrez était né en 1863.

— Dr Edouard Pichon, médecin des hôpitaux de Paris, membre de la Société de Pédiatrie et de la Société de Psychanalyse.

REVUE GENERALE

SUPPURATIONS PULMONAIRES ET TUBERCULOSE

Par G. Vaja (de Bucarest)

Le problème, concernant les relations existant entre les suppurations pulmonaires et la tuberculose, a beaucoup intéressé, dans ces dernières années, les Sociétés médicales françaises, et particulièrement l'Académie de Médecine.

MM. Bezançon et Sergent et leurs collaborateurs ont fait des communications du plus grand intérêt.

Historique : Le problème est de beaucoup plus ancien, ayant été posé pour la première fois par Laennec qui a donné la belle description d'une gangrène circonscrite de la paroi d'une caverne tuberculeuse. Des cas disparates ont été aussi publiés par Andral, Trousseau, par Rilliet et Barthez chez les enfants. Plus tard, M. Renaud a communiqué à la Société anatomique de Paris des cas de cavernes pulmonaires gangréneuses, apparues chez des tuberculeux pulmonaires; ensuite on connut les cas de Coureoux et Lelong, Caussade, Tardieu et Rosenthal, ceux de Lemierre et ses collaborateurs, de Ronbier, Albot et Adida. Dans les derniers temps, ce furent Sergent, Bezançon, Ameuille, M. L. Kindberg à Paris, Barbier et Mouriquand à Lyon, qui, avec leurs collaborateurs, ont beaucoup contribué à faire connaître cette association.

Au point de vue bactériologique, dès 1890, Babès et Cornil signalèrent la possibilité de trouver des anaérobies dans les parois des cavernes; plus tard, Veillon seul ou avec Repaci, démontra que ces cas n'étaient pas très rares.

Les anaérobies ne vivent seulement qu'en saprophytes, ils donnent l'haleine fétide, modifient l'aspect de l'expectoration, aggravent l'état général du malade.

Fréquence. — Cette association paraît être plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte. Ainsi Rilliet et Barthez, sur 26 cas de gangrène pulmonaire étudiés chez l'enfant, l'ont trouvée dans 13 cas associée à la tuberculose pulmonaire, ce qui ne ressort pas des recherches faites chez l'adulte. Sergent l'a rencontrée dans 8 pour 100 des cas de suppurations pulmonaires passés par son service.

Ameuille, Mme Dubois-Verlière et Hercelles, en faisant inoculer systématiquement l'expectoration des cas d'abcès pulmonaire, ont décélé la présence de bacilles de Koch dans 40 p. 100 des cas. M. Léon Kindberg ne pense pas que cette association soit tellement fréquente ni même sous cette simple forme d'élimination épisodique de bacilles. Sergent et Fourestier ont trouvé cette forme dans 32 p. 100 des cas étudiés.

Classification. — Sous le nom de suppurations pulmonaires, nous comprenons tant les abcès pulmonaires aigus ou chroniques que la gangrène pulmonaire. Dans le cours de notre exposé, nous ne ferons cette distinction qu'à l'occasion de la description de certaines formes particulières de gangrène pulmonaire survenues chez des bacillaires chroniques. De même, nous ne feront pas entrer en discussion la bronchectasie, qui est assez fréquente au cours de la tuberculose pulmonaire chronique.

Le problème de cette association des suppurations pulmonaires et de la tuberculose peut être envisagé sous plusieurs aspects. Ainsi certains auteurs, comme Caussade, Tardieu, Blondel, qui ont étudié seulement la gangrène en rapport avec la tuberculose, l'ont regardée du point de vue symptomatologique, distinguant plusieurs formes suivant que la gangrène ou la tuberculose seule occupait entièrement le tableau clinique.

D'autres, comme M. L. Kindberg et Israël regardent le problème seulement du point de vue de la forme qu'a prise la tuberculose et distinguent la tuberculose aiguë, chronique ou manifestée seulement par des expectorations bacillifères passagères.

Sergent, Kourilsky et Couve les distinguent suivant que la tuberculose évolue en même temps que la suppuration ou après la guérison de celle-ci.

Nous pensons que la classification chronologique est la meilleure. Suivant celle-ci, on envisage le problème suivant que la suppuration évolue presqu'en même temps que se manifeste la tuberculose ou que l'une d'elles a précédé l'autre dans son évolution. Il reste bien entendu, qu'en parlant de tuberculose, nous n'avons en vue que la tuberculose manifestée d'une façon ou autre et non la tuberculose infection.

Nous distinguons ainsi trois groupes :

I. — Les deux maladies se manifestent en même temps. Même ici, l'une des infections précédera l'autre d'un intervalle quelconque de temps, mais celui-ci étant trop court on n'en tient pas compte.

II. — La suppuration pulmonaire précède la manifestation de la tuberculose. Pourtant celle-ci a pu préexister à la suppuration :

1° Soit sous la forme de lésions fibreuses inactives;

2° Soit sous la forme d'un reste de la lésion de primo-infection, petit nodule cicatriciel, calcifié ou non, dans lequel les bacilles ont été « emmurés vivants » comme l'on a dit.

III. — La suppuration pulmonaire apparaît au cours d'une bacillose pulmonaire avérée.

Dans le premier groupe on trouve :

a) La forme la plus fréquemment rencontrée mais réduite à la plus simple expression de la tuberculose, élimination épisodique des bacilles de Koch sans aucune manifestation clinique de cette maladie. Nous avons déjà vu la grande fréquence de cette forme.

L'apparition des bacilles tuberculeux dans l'expectoration provoquée par d'autres affections pulmonaires est connue depuis longtemps. On trouve ainsi les observations de Pappenheim, Fraenkel, Folli, Gouget, observations qui ont été mises en discussion par les recherches de Lydia Rabinovitsch. Cet auteur soutient que les bacilles ainsi décelés ne sont pas pathogènes mais de simples bacilles paratuberculeux. Des recherches récentes et systématiques, dues à Bezançon, Braun et Mayer et faites par toutes les méthodes actuelles de recherche des bacilles de Koch : inoculations aux cobayes et quelques milliers d'ense-

mencement sur milieu de Lœwenstein, ont montré que tous les bacilles trouvés sont pathogènes et que les paratuberculeux sont absolument exceptionnels.

De ces recherches, il résulte encore le fait que la méthode des cultures est la seule pratique et sûre en même temps pour les recherches systématiques faites en vue de la découverte des tuberculoses paucibacillaires.

En ce qui concerne le nom de bacilles tuberculeux « de sortie », donné par Cordier et Sergent à ces bacilles, il n'est pas propre suivant Bezançon. En effet, dit-il, Nicolle qui a utilisé pour la première fois cette expression de « microbes de sortie », entendait par cela des infections toujours les mêmes qui accompagnent une affection bien déterminée, ainsi le proteus vulgaris au cours du typhus exanthématique, sans que celles-ci soient les provocateurs de cette affection, ce qui n'est pas le cas des bacilles de Koch apparus au cours des suppurations pulmonaires.

Dans cette forme de l'association on ne peut même pas parler d'évolution de la tuberculose, car cette dernière n'évolue jamais; les bacilles une fois éliminés tout rentre en ordre et la suppuration continue son évolution seule.

b) En dehors de cette forme, un peu spéciale, d'élimination épisodique de bacilles, la tuberculose peut se manifester encore sous d'autres formes. Dans la plupart des cas, la bacillose demande à être bien recherchée, étant à l'état latent et cachée derrière les symptômes des suppurations pulmonaires.

Assez souvent, elle se manifeste sous la forme d'une pleurésie sérofibrineuse aseptique, mais dont le liquide inoculé provoque la tuberculisation du cobaye.

D'autres fois, comme dans le cas de Lemierre et Et. Bernard, l'association s'est faite entre une granulie pulmonaire et une gangrène aiguë qui détruisit en quelques jours tout le poumon. L'évolution peut aussi se faire sous la forme de broncho-pneumonie tuberculeuse, forme qui est toujours très grave soit qu'elle évolue en même temps ou à la suite d'une suppuration. Sergent et Fourestier, qui l'ont rencontrée dans 52 p. 100 de leurs cas, l'ont vue mener le malade à la mort dans un délai de quelques semaines à quelques mois.

Il y a aussi des cas d'association purement anatomique, comme celui publié par Addida dans sa thèse où la tuberculose n'a pu être diagnostiquée qu'à l'occasion de la vérification anatomique. Seule la gangrène pulmonaire a pu être décelée pendant la vie, la tuberculose étant dissimulée et les bacilles absents dans l'expectoration.

Dans le deuxième groupe de l'association nous distinguerons avec Barbier et Viallier :

a) Une évolution de la bacillose dans les suites immédiates de la suppuration, évoluant parfois en même temps que se poursuit l'évolution de la première maladie et,

b) Une évolution de la tuberculose dans les suites lointaines de la suppuration, qui survient quelque temps après la guérison de la suppuration. Cet intervalle de temps peut varier de quelques mois à quelques années.

Tout comme dans les autres catégories, la tuberculose doit être bien recherchée, les premiers signes étant rarement cliniques ou radiologiques et la confirmation bactériologique comme d'habitude. Dans la plupart des cas, cet ordre normal est inversé et c'est alors la bactériologie, la recherche des bacilles, qui met sur la piste de la tuberculose qui commence à évoluer.

Quant à la forme que prendra la tuberculose dans son évolution, celle-ci peut revêtir la forme subaiguë ou celle de la tuberculose ulcéro-fibreuse à évolution chronique ou même une allure aiguë et qui évoluera plus ou moins rapidement vers la mort.

Nous n'insisterons pas trop sur ces formes, car elles ne diffèrent pas comme aspect et évolution de celles décrites dans tous les Traités de phtisiologie. Nous dirons seulement que Sergent et Fourestier ont rencontré les formes ulcéro-caséeuses rapidement évolutives dans 52 p. 100 des cas étudiés et les formes stationnaires ou à évolution très lente seulement dans 28 p. 100 des cas. Il paraît donc que la tuberculose, apparue à la suite d'une suppuration pulmonaire, prend une allure aiguë deux fois plus fréquemment qu'une allure torpide.

Les lésions bacillaires se localisent le plus fréquemment à la place des anciennes lésions suppuratives ou seulement dans le même poumon mais en dehors des lésions déjà existantes. La localisation peut se faire aussi du côté opposé à la suppuration, comme nous en avons observé un cas.

Il s'agissait d'un malade chez lequel une tuberculose excavée du sommet gauche a commencé à évoluer à la suite d'une suppuration putride chronique droite, tardivement et incomplètement opérée. La tuberculose préexistait à la suppuration sous la forme des lésions torpides, fibreuses inactives et se traduisait seulement par quelques tractus et nodules très opaques localisés au sommet gauche.

Nous allons voir plus loin les conclusions pathogéniques qu'on peut tirer de ces diverses localisations.

Ce qui est aussi digne de remarquer dans cette association, c'est le fait que les suppurations, qui se compliquent le plus fréquemment de tuberculose, sont les suppurations putrides à évolution chronique et encore plus celles qui ont été négligées et n'ont pas été opérées à temps. Des 29 cas étudiés par Sergent et Fourestier, 20 ont été rencontrés en cas de suppurations putrides. De même, des 13 cas d'évolution tuberculeuse grave, 70 p. 100 ont été rencontrés chez les malades qui n'ont pu être opérés.

Dans le troisième groupe la suppuration pulmonaire apparaît au cours d'une tuberculose pulmonaire depuis longtemps reconnue. Tous les auteurs sont d'accord pour admettre que cette forme de l'association est des plus rares. Sergent et Fourestier l'ont trouvée seulement dans 4 des 29 cas étudiés. Ce groupe renferme des faits relativement disparates.

Les cas rencontrés le plus fréquemment sont les suivants :

a) La gangrène des parois de la caverne, décrite pour la première fois par Laënnec, est la plus fréquente. Elle apparaît brusquement avec une allure dramatique et aspect de gangrène aiguë; le pronostic

est généralement fatal car l'infection survient sur un organisme débilité.

Desplans cite dans sa thèse un cas de caverne gangréneuse apparue dans un bloc de pneumonie caséeuse, association qui n'est pas admise par tous les auteurs.

b) La gangrène curable de Lasègue, qui n'est autre chose qu'un sphacèle superficiel des parois bronchiques, peut apparaître d'une façon intermittente chez un tuberculeux avéré. Elle se traduit par la fièvre, la fétidité et l'abondance de l'expectoration, l'asthénie et des douleurs thoraciques. Le pronostic est bénin, l'affection ne dure pas plus de 2 à 3 semaines. Noïca pense qu'il n'y a pas de gangrène vraie dans ces cas.

c) Celles qui se rencontrent le plus rarement, ce sont les suppurations pulmonaires aiguës comme dans le cas de Culty et Cousty où un abcès du poumon aigu a évolué chez un tuberculeux fibreux.

Anatomie pathologique. — Les lésions de la suppuration et les lésions tuberculeuses peuvent être situées à distance les unes des autres, soit dans le même poumon mais dans des lobes différents, soit les unes dans un poumon et les autres du côté opposé ; où elles sont indiquées les unes avec les autres.

Dans le premier cas, chacune garde sa caractéristique bien connue et sur laquelle nous n'allons pas revenir.

Dans le deuxième cas, alors que les deux processus se pénètrent, on peut voir parfois une éruption granulique compliquant des lésions putrides. « Dans ce cas les zones de pneumonie catarrhale, de congestion, de pneumonie rouge et ocreuse sont parsemées par les petites granulations miliaires solitaires ou groupées de la tuberculose. Là on les voit bien et d'autant mieux qu'elles font une légère saillie sur la surface. Dans les zones nécrosées, par contre, elle sont à peu près invisibles et ce n'est que l'examen histologique qui permettra de les déceler » (Durand).

D'autres fois, les lésions tuberculeuses sont ulcéro-caséeuses ou fibro-caséeuses. Dans les cas où les lésions bacillaires sont entremêlées avec les lésions gangréneuses, la partie extérieure scléreuse des excavation ou des nodules disparaît et on peut rencontrer des cavernes d'aspect nettement tuberculeux à centre caséifié et périphérie scléreuse à côté des excavations limitées d'un tissu friable et avec des fragments de tissu nécrosé dans l'intérieur. Les quelques travées scléreuses qui persistent parfois autour sont envahies par des leucocytes polynucléaires très altérés ou même granuleux. La sclérose manque non seulement dans la zone gangréneuse mais aussi dans le tissu environnant les lésions tuberculeuses.

En ce qui concerne l'existence des lésions mixtes, comme celles décrites dans la thèse de Desplans, elle n'est pas admise par tous les auteurs.

Voilà maintenant la description que donne Laennec du sphacèle des parois d'une caverne tuberculeuse :

« Ce cas est des plus rares. Lorsqu'une affection semblable se développe dans une excavation tuberculeuse, ses parois sont converties en une escarre gangréneuse molle, d'une couleur sale, tirant sur le gris, le brun, le vert ou le noir. On ne distingue plus dans cette escarre l'engorgement gris qui entoure ordinairement les excavations tuberculeuses, mais on distingue encore les tubercules crus. »

Pathogénie. — Dans le mécanisme d'apparition de la tuberculose au cours des suppurations pulmonaires il y a deux facteurs qui interviennent :

1° Le facteur local ou traumatique qui libère les bacilles. C'est de leur nombre, leur virulence et de la voie qu'ils suivront que dépendra la forme revêtie par la tuberculose développée plus tard. Ainsi parfois un petit nombre de bacilles peu virulents seront éliminés par la voie bronchique et tout se réduira à une simple élimination épisodique de bacilles de Koch sans aucune suite.

Dans d'autres cas, ils peuvent prendre la voie sanguine et produiront une granulie comme cela a été signalé dans tant de cas. Il peuvent aussi ensemencer les alvéoles environnantes et se répandre ensuite par les voies aériennes et donner ainsi naissance à une tuberculose ulcéro-caséeuse ou ulcéro-fibreuse.

L'action du facteur local est diversement interprétée par les différents auteurs.

Ainsi l'apparition épisodique des bacilles tuberculeux peut être due au facteur local de l'élimination d'un nodule tuberculeux qui a été entièrement détruit par la suppuration. La réalité de cette interprétation a été démontrée par Ameuille qui, dans un cas analogue, n'a pu retrouver à la nécropsie aucune lésion tuberculeuse, le foyer étant complètement éliminé. Philibert (cité par Bezançon, Braun et Meyer) a aussi communiqué un cas semblable.

Bezançon, Braun et Meyer donnent une autre interprétation du même fait. Ils pensent que ce sont d'anciennes lésions de tuberculose occulte, lesquelles, à l'occasion d'un processus accidentel, subissent une poussée congestive ou inflammatoire avec dissémination ultérieure possible des bacilles tuberculeux. C'est à peu près la même opinion qu'exprime Cordier en disant que la phlegmasie générale du poumon détermine une période congestive qui redonne une activité momentanée aux lésions tuberculeuses.

Les expériences de Guy démontrent aussi que la multiplication des bacilles tuberculeux est favorisée par l'association des anaérobies.

Dans les cas d'évolution tuberculeuse tardive, Bezançon, Azoulay, Bernal et Brunet ont émis l'hypothèse que les bacilles se greffent et évoluent plus facilement sur la sclérose laissée par la suppuration pulmonaire. Ils donnent ainsi une importance plus grande au facteur local qu'au facteur général contrairement à ce que pense Sergent.

2° Le deuxième facteur qui intervient est le facteur général, la diminution de la résistance de l'organisme, du terrain. Sergent pense que pour qu'une évolution tuberculeuse puisse se produire, il est besoin de l'intervention de ce facteur général. Le facteur local ne peut expliquer, suivant cet auteur, que l'apparition des soi-disant « bacilles de sortie ».

A l'appui de sa thèse, Sergent rappelle que, dans la majorité des cas où la tuberculose pulmonaire a évolué à la suite d'une suppuration, il s'agissait d'une suppuration prolongée, qui n'a pu être opérée à temps et à produit ainsi la débilitation de l'organisme. L'intervention du facteur général est admise par tous

les auteurs, mais non dans tous les cas de cette association.

Les deux facteurs peuvent intervenir ensemble ou séparément pour donner naissance à une tuberculose post-suppurative du poumon. Ainsi dans le cas des « bacilles de sortie » peut intervenir seulement le facteur local tandis que dans le cas d'une tuberculose controlatérale, on ne peut incriminer que le facteur général.

Diagnostic. — Nous n'allons pas entamer la discussion du diagnostic différentiel entre les suppurations pulmonaires et la tuberculose, bien qu'elle soit très intéressante surtout dans les cas où la tuberculose prend la forme d'un abcès du poumon ou dans les cas de suppuration à élimination épisodique de bacilles. C'est seulement le diagnostic de la tuberculose qui apparaît dans les suites ou au cours d'une suppuration pulmonaire que nous allons discuter plus loin.

Nous avons vu que le début d'une tuberculose pulmonaire pendant ou à la suite d'une suppuration pulmonaire est presque toujours insidieux. Le diagnostic est difficile : il faut penser à cette association chaque fois qu'une suppuration évolue depuis quelque temps.

Devant un convalescent dont l'état général, jusqu'à un moment satisfaisant, commence à décliner, il faut toujours penser à la possibilité de l'évolution d'une tuberculose. Le même raisonnement doit se faire dans le cas des modifications de l'image radiologique qui font penser à une tuberculose pulmonaire. Le diagnostic sera confirmé par la présence des bacilles de Koch dans l'expectoration.

Pour ne pas passer à côté d'un cas de pareille association, il faut examiner systématiquement l'expectoration des suppurations pulmonaires et par les méthodes les plus sensibles de recherche des bacilles. Nous avons vu que Bezançon recommande les cultures systématiques faites sur le milieu de Loewenstein.

Il faut aussi ne pas tomber dans l'autre extrême. Tout le monde doit être convaincu que le décèlement des bacilles tuberculeux d'une façon sporadique ne signifie pas lésions bacillaires évolutives, mais seulement la possibilité que ces bacilles, une fois déplacés du lieu où ils étaient « emmurés vivants », puissent prendre une voie qui les fasse dangereux.

Traitement. — En ce qui concerne la thérapeutique des cas de tuberculose associée aux suppurations pulmonaires, celle-ci varie de cas à cas suivant que la suppuration évolue d'une façon aiguë ou chronique et suivant la forme et la localisation des lésions bacillaires.

En principe, il faut traiter en première ligne les lésions bacillaires par une intervention collapsothérapique, car l'intervention chirurgicale sur la suppuration est un traumatisme relativement trop grand et qui pourrait accélérer l'évolution de la tuberculose au lieu de l'arrêter.

L'apparition d'une bacilloscopie positive seule n'est pas une contre-indication pour l'intervention chirurgicale, tandis que l'évolution clinique de la tuberculose contre-indique formellement l'intervention pour Bezançon et ses collaborateurs.

Le pneumothorax thérapeutique est aussi contre indiqué par une évolution aiguë de la suppuration.

Sous aucun motif on ne fera une collapsothérapie dans les cas ou la tuberculose ne se manifeste que par une élimination sporadique de bacilles, sans aucun signe clinique ou radiologique.

Prophylaxie. — Quant au problème d'éviter l'évolution d'une tuberculose à la suite des suppurations pulmonaires, nous allons tirer nos conclusions des données pathogéniques. Parce qu'on ne peut pas intervenir sur le facteur local traumatique ou congestif, il faut éviter, au moins, l'intervention du facteur général, l'atteinte de l'état général.

Il faut que les suppurations soient traitées d'une façon active et Sergent rappelle les règles qu'il a fixées en ce qui concerne la date de l'intervention chirurgicale. Ainsi on doit opérer systématiquement toutes les suppurations qui n'ont pas guéri après deux mois de traitement médical.

En dehors de l'intervention du facteur thérapeutique, tous les auteurs sont d'accord pour admettre que dans tous les cas de suppurations pulmonaires, il faut faire des recherches minutieuses et fréquentes pour déceler les bacilles dans l'expectoration, car l'apparition des lésions tuberculeuses se fait d'une manière insidieuse.

Etant aussi donné le fait que ces lésions commencent à évoluer quelque temps après la guérison de la suppuration, les convalescents de ces affections doivent être considérés comme des tuberculeux en convalescence. Ils devront donc suivre une cure préventoriale ou même sanatoriale de quelques mois au cours de laquelle ils seront soigneusement surveillés. Toutes ces mesures seront d'autant plus sévèrement appliquées dans les cas où des lésions de tuberculose abortive, tuberculose fibreuse inactive préexistaient à la suppuration.

BIBLIOGRAPHIE

1. — Addida. Contribution à l'étude des spirochétoses broncho-pulmonaires (*Thèse de Paris*, 1928).

2. — Ameuille, Dubois-Verlière, Hercelles. Episodes d'expectoration bacillifère dans les abcès du poumon (*Bull. Soc. Méd. hôp. Paris*, 20 novembre 1936, p. 1553).

3. — Barbier, Bertrand, Bourret. Tuberculose pulmonaire grave dans les suites lointaines d'un abcès fétide du poumon. (*Soc. nat. méd. et sc. méd. Lyon*, 4 mai 1938).

4. — Barbier, Viallier. Un nouveau cas de tuberculose pulmonaire dans les suites éloignées d'un abcès du poumon. (*Soc. méd. hôp. Lyon*, 11 février 1936).

5. — Barbier, Viallier. Abcès putride du poumon avec bacilles de Koch. Guérison rapide après drainage simple. (*Bull. Soc. hôp. Paris*, 24 avril 1936), p. 656).

6. — Barbier, Policard. Un nouveau cas de tuberculose pulmonaire dans les suites d'un abcès du poumon. (*Soc. méd. hôp. Lyon*, 19 janvier 1937).

7. — Barbier, Viallier. Abcès du poumon et tuberculose. (*Journal de médecine de Lyon*, 5 mai 1937, p. 259).

8. — Barbier, Treppoz. Un nouveau cas de tuberculose pulmonaire après abcès du poumon (contagion conjugale). (*Soc. méd. hôp. Lyon*, 18 janvier 1938).

9. — Bezançon, Braun, Meyer. La valeur pratique de la culture des crachats pour le diagnostic des tuberculoses

paucibacillaires. (*Bull. Acad. Médecine*, 11 février 1936, p. 260).

10. — Bezançon, Braun, Meyer. La recherche systématique des bacilles de Koch dans l'expectoration au cours des suppurations broncho-pulmonaires. (*Bull. Acad. Médecine*, 23 juin 1936, p. 857).

11. — Bezançon, Azoulay, Bernal, Brunet. Abcès du poumon et tuberculose. (*Bull. Acad. Médecine*, 8 mars 1938, p. 277).

12. — Caussade, Tardieu, Rosenthal. Gangrène et tuberculose pulmonaire associée. (*Bull. Soc. méd. hôp. Paris*, 14 septembre 1924, p. 1607).

13. — Caussade, Tardieu, Blondel. Tuberculose pulmonaire et infection gangréneuse associée. (*Annales de Médecine*, juin 1925, p. 587).

14. — Charbonnel et Massé. Abcès du poumon et tuberculose cavitaire. (*Soc. méd. et de chir. de Bordeaux*, 5 mars 1936).

15. — Courcoux, Lelong. Tuberculose et gangrène pulmonaire. Congrès de tub. Strasbourg. (*Rev. tub.* août 1923, p. 382).

16. — Couve. Les évolutions tuberculeuses au cours des suppurations pulmonaires. (*Thèse de Paris*, 1933).

17. — Culty, Cousty. A propos d'un cas d'abcès du poumon chez un ancien tuberculeux. (*Soc. méd. milit. française*, 14 mai 1936).

18. — Desplans. Tuberculose et gangrène pulmonaire associée. (*Thèse de Lyon*, 1924).

19. — Mme Dubois-Verlière, Hercelles. Inoculations aux cobayes de crachats provenant de malades atteints d'abcès du poumon. Leurs résultats. (*Rev. tub.*, octobre 1936, p. 930).

20. — Durand. Les abcès du poumon. (*Arch. méd. chir. app. resp.* N° 3, 1917, p. 169).

21. — Furcy. Des processus simultanés de tuberculose et de gangrène pulmonaire. (*Thèse de Paris*, 1931).

22. — Gindraud. Tuberculose et gangrène pulmonaire. (*Thèse de Paris*, 1929).

23. — Huguenin, Boucabeille. Expectoration bacillifère au cours d'une suppuration putride chronique du poumon. (*Soc. anat.*, 4 février 1937).

24. — M. L. Kindberg. Abcès du poumon et tuberculose. (*Pratique médicale française*, avril 1934).

25. — M. L. Kindberg, Blinder. Tuberculose consécutive à une suppuration pulmonaire. (*Bull. Soc. méd. hôp. Paris*, 31 janvier 1936, p. 160).

26. — M. L. Kindberg, Israel. Suppurations pulmonaires et tuberculose. (*Annales de Médecine*, janvier 1937, p. 42).

27. — Laennec. (*Traité de l'auscultation*, t. I, p. 470).

28. — Lemierre, Et. Bernard. Gangrène pulmonaire à évolution rapidement mortelle au cours d'une tuberculose aiguë granulique. (*Bull. Soc. méd. hôp. Paris*, 21 novembre 1924, p. 1586).

29. — Mouriquand, Sédaillan. Un cas d'abcès du poumon avec tuberculisation secondaire. (*Soc. méd. hôp. Lyon*, 28 avril 1936).

30. — Pimienta. Abcès putrides du poumon et réveils d'activité évolutive de la tuberculose pulmonaire. (*Journal méd. chir. pratique*, 25 octobre 1931, p. 733).

31. — Sergent. Suppurations pulmonaires et réveil de tuberculose. (*Journal des praticiens*, 28 mai 1932, p. 353).

32. — Sergent, Kourilsky, Couve. Suppurations pulmonaires et tuberculose associée. (*Rev. tub.*, juillet 1932, p. 742).

33. — Sergent, Gaspar, Fu-Tsui. Suppuration putride du poumon et réveil de tuberculose pulmonaire. (*Arch. méd. chir. app. resp.* Nr. 1, 1933, p. 30).

34. — Sergent, Fourestier. Eclosion ou réveil de la tuberculose au cours des suppurations pulmonaires et pleurales. (Etude de 16 nouveaux cas). (*Rev. tub.*, juin 1938, p. 638).

35. — Sergent, Fourestier. Suppurations pulmonaires ou pleurales et tuberculose. Ac. Méd., 14 juin 1938. (*Journal méd. chir. pratique*, 10 octobre 1938, p. 505).

36. — Vaja, Rohan. Tuberculose pulmonaire évolutive dans les suites d'un abcès pulmonaire chronique putride. (*Soc. ét. scient. sur la tub.*, Bucarest, 20 juin 1938).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 23 JANVIER 1940

Présentation. — M. Perrot présente à l'Académie son récent livre intitulé *Où en est l'Afrique occidentale française*, qui est une synthèse des observations faites au cours de ses quatre voyages d'études en Afrique tropicale et équatoriale depuis 1914.

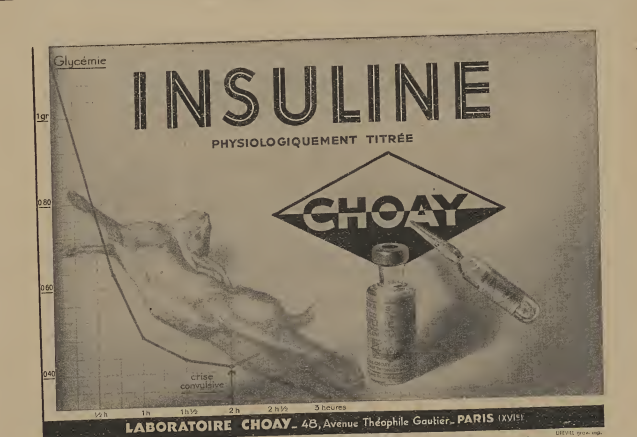
Sous forme de « Conseils aux touristes », il décrit d'abord les variations caractéristiques des paysages traversés, depuis la forêt primitive jusqu'à la région prédésertique, puis note ses observations sur les cultures indigènes et européennes qui donnent lieu à des exportations importantes : l'arachide, plus de 500.000 tonnes; le cacao, 52.000 tonnes; le café, 12.000 tonnes; les bananes de la Côte d'Ivoire, 10.000 tonnes, etc.

Il commente les aménagements du Moyen Niger, qui donnent lieu à des travaux gigantesques de barrages et de canaux d'irrigation destiné à livrer à la culture indigène jusqu'à 100.000 ha, dont une proportion élevée sera réservée au coton.

La condition des indigènes, dont l'amélioration de la vie par l'hygiène et les soins médicaux est considérable, fait l'objet de nombreux développements. M. Perrot se déclare nettement partisan de la concentration des misérables villages de brousse en Centre de colonisation dans les régions irrigables et cite en exemple ce qui a été fait par l'Office du Niger.

Dans la partie réservée à l'action des médecins, il déplore leur nombre trop réduit ainsi que les moyens matériels insuffisants mis à leur disposition par une Administration paperassière. Il passe ensuite à l'œuvre médico-administrative de protection de l'enfance du bas-âge, l'éducation de la mère est à faire tout entière si l'on veut augmenter la population noire, ce que les événements mettent au premier rang de nos préoccupations actuelles.

Les plaies de guerre contaminées de streptocoque et leur chimiothérapie. — MM. Levaditi, Bréchot, Tournay et Mme Moissonnier ont poursuivi leurs recherches microbiologiques et chimiothérapiques concernant les plaies de guerre. Les souches streptococciques isolées sont, en général, faiblement virulentes, quoique presque toutes hémolytiques. Elles sont, cependant, susceptibles d'une augmentation de leur activité pathogène par passages sur la souris. La chimiothérapie locale des mêmes blessures contaminées de streptocoque, par le *rubiazol* et la *p. aminphénylsulfamide*, fournit des résultats cliniques particulièrement satisfaisants, mais ne détermine pas toujours la stérilisation de la plaie, considérée sur le plan streptococcique. Les effets de cette nouvelle thérapeutique sont en fonction des moyens défensifs de l'organisme, considéré dans son ensemble, des tissus et des humeurs de la blessure en particulier. Il y a des plaies streptococciques bactériologiquement chimio-sensibles, et d'autres chimio-résistantes en dépit d'un traitement local intensif et fréquemment renou-


Glycémie
1gr
0.80
0.60
0.40
INSULINE
PHYSIOLOGIQUEMENT TITRÉE
CHOAY
crise convulsive
½ h
1 h
1 h ½
2 h
2 h ½
3 heures
LABORATOIRE CHOAY_ 48, Avenue Théophile Gautier_ PARIS (XVIe)

velé. Il s'en suit que la nouvelle thérapeutique des traumatismes de guerre contaminés de streptocoque n'est pas, et sera probablement jamais infaillible. *N'empêche que ses succès actuels, tout inconstants qu'ils puissent paraître au premier abord, imposent d'ores et déjà son utilisation sur une large échelle.*

Sur le typhus exanthématique de guerre et sur l'utilité de la vaccination antiexanthématique. — MM. D. Danielopolu, N. Lupu, E. Craciun et M. Petresco. — Comparant le typhus exanthématique de guerre étudié par M. Danielopolu sur 600 malades durant la campagne roumaine de 1916-1918, avec des observations faites sur du matériel provenant des foyers endémiques ou de petites épidémies, les auteurs arrivent à la conclusion que c'est en pleine épidémie que l'on a le plus souvent l'occasion d'observer le *tableau clinique intégral* de cette maladie, sous la forme appelée par les auteurs hypertoxique, forme très rare dans les foyers endémiques. Grâce aux conditions favorisantes réalisées par la guerre et aux passages, de plus en plus nombreux du virus d'homme à homme par l'intermédiare du pou, le typhus arrive durant les grandes épidémies de guerre, du moins chez l'adulte, à la *forme fixe* de deux semaines avec *incubation fixe* de huit jours.

C'est la localisation du virus sur les petits vaisseaux de tous les organes qui caractérise anatomiquement le typhus et qui en commande la symptomatologie : injection des conjonctives, figure vultueuse, état de collapsus avec syndrome des extrémités, etc. C'est un certain degré d'affinité du virus pour les tissus nerveux et spécialement la fragilité de ces tissus vis-à-vis de toute altération vasculaire qui expliquent les phénomènes nerveux et les fortes altérations du liquide céphalo-rachidien. Le typhus est l'infection générale présentant la plus forte leucocytose dans les formes graves (leucopronostic). Ce sont surtout les mononucléaires qui sont augmentées. Comme éléments anormaux, nous trouvons le plasmocyte et le monocytoïde. Le facteur toxique joue un rôle considérable : dans les formes hypertoxiques, tant les phénomènes cliniques que les modifications du sang et du liquide céphalo-rachidien ne font que s'accentuer après la défervescence et jusqu'à la mort qui se produit quelquefois après plusieurs jours d'apyrexie. Les formes hypertoxiques sont surtout fréquentes en pleine épidémie ; les formes légères et abortives dans les foyers endémiques et au début et à la fin des épidémies.

On observait durant la guerre de 1916-18 des infections mixtes de typhus et typhoïde, de typhus et de fièvre récurrente.

La question du typhus exanthématique de guerre, moins importante sur le front occidental, redevient actuelle dans les pays comme la Roumanie, où se trouve dans les foyers endémiques, un réservoir de virus. Danielopolu insiste tout particulièrement sur la nécessité, imposée par les événements, de pratiquer, comme moyen prophylactique, dans ces régions, en dehors de l'épouillage, la vaccination antiexanthématique par le virus murin (vaccin de Georges Blanc ou de Laigret), dont l'efficacité ne laisse plus aucun doute.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 10 JANVIER 1940

A propos des plaies des nerfs. — M. de Martel propose qu'on mette à l'étude d'une des prochaines séances de l'Académie l'étude du traitement des blessures des gros troncs nerveux. Il est nécessaire d'étudier les techniques des sutures des greffes, des ligatures et l'avenir des blessés. M. de Martel recommande un détail de technique : la suture des troncs nerveux sectionnés chirurgicalement dans les amputations pour éviter les névromes.

Contribution à l'étude des entorses du genou. — M. Mondor rappelle que M. Leriche considère comme rare l'entorse par rupture du ligament latéral interne, l'entorse étant avant tout constituée par des lésions nerveuses. Dans une entorse cliniquement banale et moyenne du genou, M. Mondor a constaté une rupture à peu près complète de l'appareil ligamentaire interne, articulaire et sus-articulaire : il n'y avait plus que la peau sur les os. L'auteur croit à la fréquence des lésions ligamentaires dans les entorses absolument banales.

M. Ameline insiste sur l'importance des lésions dans les entorses banales.

M. de Martel. — Il n'y a aucun parallélisme entre l'importance des phénomènes nerveux et des lésions ligamentaires. Au contraire, la rupture des filets nerveux rompant l'arc nerveux. Il y a peut-être deux types cliniques d'entorses. L'atrophie rapide du quadriceps crural vient signer l'atteinte nerveuse.

M. Maisonnet. — Il faut laisser à l'entorse sa définition classique. Qu'une contusion puisse ressembler à une entorse n'en fait pas une entorse. Cette distinction a un intérêt thérapeutique.

M. Mondor a seulement voulu apporter une contribution personnelle à cette étude ; il pense, en résumé, qu'il faut comparer les signes cliniques, les lésions anatomiques, les phénomènes physiologiques.

A propos d'une ostéotomie pour maladie de Paget. — MM. Layani et Thoyer-Rozat. — M. Brocq, rapporteur. — Au cours d'une convalescence d'une hystérectomie pour fibromes, une femme présente une maladie de Paget avec énorme déformation du fémur gauche ; une ostéotomie cunéiforme de redressement, après une certaine durée d'évolution, amène de très bons résultats.

M. Mathieu insiste sur la rapidité de guérison des fractures au cours des maladies de Paget en évolution quand les phosphatases sanguines sont augmentées.

Un cas de rein thoracique au cours de hernie diaphragmatique. — M. Wollfromm. — Un malade vient consulter pour un tableau clinique qui évoque entièrement la ptose rénale.

Une urographie montre un rein remonté au-dessus du diaphragme ; il y a intérêt à compléter les examens cliniques par des examens radiologiques avant une intervention sur rein ptosé.

SÉANCE DU 17 JANVIER 1940

M. le professeur Grégoire, président, prononce l'éloge de M. Lardennois.

Danger des sutures primitives et des esquillectomies insuffisantes. — MM. Roux-Berger et Senlecq estiment nécessaire d'illustrer les excellentes directives chirurgicales du Service de Santé par l'examen des résultats obtenus dans les blessures de guerre de ces derniers mois. De six observations, ils concluent : il est gravement dangereux de faire la suture primitive des plaies de guerre, surtout avec fracture ouverte ; il est dangereux d'évacuer des blessés quarante-huit heures après le traitement des blessures ; il faut faire en cas de fracture ouverte une large esquillectomie sous-périostée, des esquilles libres, à la curette tranchant comme un rasoir : cette méthode bien appliquée, en rasant l'os ne donne pas des os ballants, mais une excellente consolidation osseuse ; il faut si on le peut y consacrer un long moment.

M. Chevassu. — Il faut uniquement suturer primitivement les plaies du crâne et les plaies articulaires. Dans les autres, et particulièrement à la fesse, à la cuisse, au

mollet, c'est impardonnable. Dans le cas où il y aurait beaucoup de blessés, peut-on consacrer le temps nécessaire à de longues interventions d'esquillectomie.

M. Gosset. — Le choix des interventions dépend : du sens clinique, de l'expérience, de l'organisation. M. Gosset jugerait préférable de grouper dans de très grands centres chirurgicaux des équipes de jeunes chirurgiens sous la direction de chirurgiens expérimentés ; les ambulances du Corps d'armée ne pratiquant que les interventions d'extrême urgence ; le type de cette organisation est l'organisation anglaise. Mais celà demande de nombreuses ambulances.

M. Mondor. — La suture primitive pratiquée avec à-propos et sagesse est un réel progrès.

M. Capette. — Il faut sans doute reviser certaines conclusions de la guerre d'Espagne ; dans un cas vu par M. Capette les résultats éloignés de l'abstention et de l'absence d'esquillectomie avec simple plâtre sont mauvais.

M. de Martel approuve les conclusions de MM. Roux-Berger et Gosset. Lui aussi a vu des blessés espagnols avec fractures non traitées et résultats déplorables.

Les résultats obtenus dès maintenant dans les blessures du crâne sont très remarquables et un retard de quelques heures est largement compensé par la qualité de l'intervention.

M. Gosset. — N'a jamais fait pendant la dernière guerre de suture primitive, mais mettait de simples fils d'attente. Si on ferme, on risque la mort ou la perte du membre pour un avantage de quelques jours d'accélération de la guérison.

M. Leveuf. — Il faut distinguer plusieurs problèmes.

Celui de l'excision des plaies, de la suture primitive, de l'esquillectomie des fractures, des plâtres qui demandent à être résolus séparément.

L'esquillectomie d'emblée ne donne peut-être pas la même considération que l'esquillectomie secondaire.

M. Louis Bazy. — La chirurgie de guerre est fonction des circonstances. On ne fait pas toujours ce qu'on voudrait. M. Gosset a raison ; dans chaque ambulance, il faut un « patron ».

M. Sorrel. — Il ne faut pas fermer primitivement les plaies.

M. Sénèque. — Il faut bien surveiller les blessés.

M. Roux-Berger. — Il est urgent de donner des directives. Ce qui nous instruit, ce sont nos expériences et les faits qu'on nous montre. Il faut faire une bonne excision des plaies, condamner la suture primitive, guider et surveiller les jeunes chirurgiens.

L'esquillectomie à rugine tranchante bien faite d'emblée ne donne pas de membres ballants. Il faut distinguer la suture de la peau et la suture de la synoviale qu'il faut faire.

MM. Mondor, P. Duval prennent part à la discussion.

M. Sorrel ne ferme pas les articulations.

M. Gosset. — Il faut faire la suture secondaire des plaies primitives des articulations, car on n'a pas à craindre la gangrène gazeuse.

Traitement d'urgence des fractures. — M. Grinda. — M. Sorrel, rapporteur. — Cinq observations de fractures du rachis cervical illustrent par leurs bons résultats une technique un peu spéciale de réduction et de contention.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 novembre 1939

Méningite à pneumocoques guérie par la para-amino-phényl-sulfamide. — MM. A. Germain et G. Gautron rapportent l'observation d'un adulte atteint d'une méningite aiguë ayant entraîné le coma en quelques jours, due à un pneumocoque du type III, tuant la souris blanche en dix heures. Cette méningite est traitée, dès la sixième heures de son évolution, par la sulfamide per os et intra-rachidienne, à doses massives. Amélioration clinique et bactériologique très rapide, dès la dix-huitième heure du traitement, et guérison en sept jours, sans séquelles, sans rechute.

A propos de la cyanose observée au cours de la sulfamidothérapie. — MM. A. Germain, G. Gautron et P. Morand notent, au cours d'une méningite pneumococcique traitée par le 1162 F, que la cyanose précède la méthémoglobinémie, que les deux phénomènes disparaissent complètement après ingestion de 2 milligrammes d'adrénaline, malgré le maintien du traitement sulfamidé, et qu'ils réapparaissent après suppression de l'adrénaline. Ces faits leur semblent confirmer l'hypothèse de M. Milian d'une cyanose par vaso-dilatation veineuse paralytique, par action de la sulfamide sur le système nerveux végétatif.

Le nodule de Meynet (contribution à l'étude de l'inflammation allergique). — MM. Rathery, Doubrow, Ferroir et R. Tiffeneau.

Séance du 1er décembre 1939

Nouveau cas de guérison de maladie d'Addison par le désoxycocorticostérone. — MM. Jean Paraf, A. Abaza, A. Dauphin et L. Bautlum présentent l'observation d'un jeune homme atteint de tuberculose tarsienne et entré en pleine poussée aiguë de maladie d'Addison : pigmentation cutanée et muqueuse, asthénie très profonde, tension à 8-6, vomissements, état de prostation marquée.

L'état s'aggrave malgré le traitement classique et même l'injection de 10 milligrammes de désoxycocorticostérone. Ce n'est que quand on injecte 15 milligr. 9 de ce médicament que se produisit une amélioration rapide suivie de la guérison, qui s'est maintenue.

Un cas de splénomégalie du type Nieman Pick chez un enfant de dix-huit mois. — M. Armand-Delille, Mlle Abricosoff, Mme Joussemet-Lefèvre et le professeur Pittaluga (de Madrid) présentent un enfant porteur d'une énorme splénomégalie atteignant l'arcade crurale et débordant de 3 cm. de la ligne médiane dont le début apparent remonte à six semaines.

Une ponction de la rate a été pratiquée, qui montra l'existence de cellules de grande taille, 35 à 60 cm., a protoplama rempli de gouttelettes chromophobes et réfringentes, que le professeur Pittaluga considère comme carctéristique de la maladie de Nieman Pick.

Cette affection est d'ailleurs exceptionnelle, un très petit nombre de cas ayant été publiés en France.

SOCIETE DE BIOLOGIE

Séance du 18 novembre 1939

Recherches sur l'action toxique de la glycérine sur le cobaye neuf et tuberculeux. — M. J. Solomidès. — La glycérine est moins toxique pour le cobaye que pour le lapin. D'autre part, le phénomène de la perte de toxicité de la glycérine par dilution peut être constaté aussi chez le cobaye. En ce qui concerne l'activation par la glycérine du bacille tuberculeux *in vivo*, les expériences de l'auteur en apportent une nouvelle confirmation.

Présentation d'ouvrage. — M. Tiffeneau présente la thèse de M. Paul Chauchart intitulée : *Mécanismes de la régulation nerveuse des organes végétatifs.*

Sur un bacille acido-résistant, isolé des crachats d'un enfant atteint de bronchi-ectasies. — MM. J. Valtis et F. van Deinse ont étudié un bacille acido-alcoolo-résistant, isolé par G. Paisseau des crachats d'un enfant atteint de bronchi-ectasie. Il s'agit d'une culture de bacilles paratuberculeux, produisant tardivement une « paratuberculine », qui donne des réactions positives chez le cobaye infecté par le bacille homologue seulement. Cette culture est douée d'un certain pouvoir pathogène pour les animaux de laboratoire.

Production tardive de « tuberculine » dans une culture de saprophytes acido-résistants. — M. F. van Deinse a étudié une culture de bacilles acido-résistants, dont la nature saprophytique ne fait aucun doute, et qui produit des substances réactionnelles « tuberculiniques », diffusant dans le liquide de la culture sur Sauton, à condition qu'on lui laisse le temps de vieillir suffisamment.

MÉDECINE DE GUERRE

LE " PIED DE TRANCHÉE "

Cette affection qui risque malheureusement d'être à nouveau d'actualité, vient de faire l'objet d'une note fort intéressante de Rabut (*Presse Médicale* du 27-30 décembre 1939), dont nous résumerons les données principales.

Le « pied de tranchée » apparaît essentiellement chez les soldats séjournant dans des tranchées *humides* où se trouvent réunies les deux conditions essentielles de l'étiologie : séjour prolongé (deux ou trois jours) dans l'eau et la boue froides, station debout et immobile.

La constriction du pied dans la chaussure, de la jambe par la molletière ne semble intervenir que comme un facteur adjuvant de même que la carence alimentaire (avitaminose B) invoquée par quelques auteurs.

Les lésions, comme l'ont montré Darier et Civatte, semblent bien en rapport avec une Névrite périphérique secondaire à des troubles circulatoires locaux qui déclenchent toute la série des lésions cutanées, sous-cutanées observées.

En clinique, l'affection se caractérise avant tout par des *douleurs* à type de fourmillements, de brûlures ; d'abord diffuses, ne tardent pas à se localiser à l'avant-pied le long du bord interne du gros orteil. La pression, la chaleur en augmentent l'intensité.

Aux douleurs s'associe constamment une *anesthésie* dont très vite le malade n'a plus conscience et que peut seul déceler l'examen médical.

Les signes physiques sont moins constants que les manifestations fonctionnelles, L'œdème, habituellement le premier en date, disparaît vite avec le repos. Au niveau de la peau, on peut voir apparaître différentes altérations : purpura diffus ou en taches ecchymotiques correspondant aux points de pression ; phlyctènes contenant un liquide séro-sanglant ; escarres qui sont en règle superficielles et s'éliminent sous forme de lambeaux sphacéliques purement cutanés.

Dans quelques cas, on peut observer des signes généraux : fièvre, diarrhée, céphalée.

L'évolution se fait habituellement de la façon suivante : au bout du troisième ou quatrième jour, engourdissement suivi de douleurs et d'œdème qui apparaît à l'ablation des chaussures, puis disparaît vers le septième jour. Le purpura se prolonge jusque vers le quinzième jour ainsi que les douleurs, mais la marche normale n'est souvent possible qu'à partir de la troisième semaine.

85 % des cas réalisent ces formes légères où la récupé-

ration du malade peut être obtenue à partir du dixième jour.

13 à 14 % des cas réalisent une forme plus sévère avec escarre et élimination de lambeaux cutanés.

La forme grave est rare : l'extension du sphacèle, les accidents septicémiques peuvent emporter le malade en quelques jours.

Toutes les infections peuvent en effet venir compliquer le pied de tranchée et en particulier le tétanos et la gangrènes gazeuse.

Teyssier a signalé la possibilité de névrites tardives localisées électivement sur le nerf tibial postérieur et dont le pronostic est toujours sérieux.

Le pied de tranchée ne doit pas être confondu avec le *pied gelé* : celui-ci survient par froid vif et sec ; la mortification est d'emblée massive même lorsqu'elle se limite aux orteils.

L'engelure est d'un diagnostic plus délicat, car elle peut entraîner érythème, œdème et phlyctènes ; mais il y a du prurit au lieu d'anesthésie ; l'affection est essentiellement récidivante et frappe simultanément le nez, les oreilles, les doigts.

Le *traitement préventif* comprendra outre la prophylaxie collective (assèchement des tranchées, abris secs et chauffés) les précautions individuelles suivantes : chaussures larges, ne pas serrer les molletières, se déchausser aussi souvent que possible pour frictionner les pieds qu'on enduira d'un corps gras ; lavage des pieds avec du savon additionné de camphre et de borate de soude.

Lorsque le « pied de tranchée » est reconnu, le malade doit être mis au repos les pieds en surélévation ; une injection antitétanique sera faite immédiatement. Les phlyctènes seront ponctionnées aseptiquement ; en cas d'escarre, pansement alcoolisé. On évitera une amputation hâtive, même si le processus gangréneux est net ; la gravité des signes généraux, un sphacèle humide commandent seuls l'amputation précoce. Contre la douleur, enfin, on utilisera, outre les calmants généraux, les frictions alcoolisées, les bains chauds, l'air chaud.

P. L.

BIBLIOGRAPHIE

Guides Militaires Plumon (1). **Vade-Mecum Médico-Chirurgical Français-Anglais.**

La 3e édition (25e mille) du *Vade-Mecum Médico-Chirurgical* vient de paraître. Cet ouvrage comprend 12.000 mots ou expresssions et termes français-anglais en usage dans les Services de Santé militaires français et britanniques, et utilisés par les docteurs et pharmaciens ; enfin, par tous ceux que leur profession met en rapport avec une clientèle étrangère.

Cet ouvrage examine toutes les spécialités et toutes les branches de la carrière médicale ; il contient des vocabulaires chirurgicaux, pharmaceutiques, etc., et des tables d'équivalence de poids, mesures, etc., le complètent.

Nous avons eu l'occasion de nous servir à différentes reprises de cet excellent *Vade-Mecum*. Il nous a rendu de vrais services et nous ne saurions trop le recommander à ceux de nos confères militaires ou civils qui peuvent être appelés à soigner des malades britanniques.

L...

Où en est l'Afrique Occidentale Française, par Emile Perrot, professeur honoraire à la Faculté de Pharmacie membre des Académies de Médecine, d'Agriculture et

(1) Un vol. cartonné de 350 pages. Prix : 25 fr. Guides militaires Plumon, 46, rue Levavasseur, à Dinard (Ille-et-Vilaine). Vente : Messageries Hachette, Paris.

des Sciences Coloniales. Préface de M. J. Carde, ancien gouverneur général de l'A. O. F. et de l'Algérie. — Un vol. in-8 raisin (25 × 16,5) de VIII-464 pages, illustré de 104 dessins, cartes, graphiques et photographies en 62 planches et de 2 cartes hors-texte, 100 francs. Envoi contre mandat, 105 francs. Contre remboursement, 110 francs. — Larose, éditeur, 11, rue Victor-Cousin, Paris (5e).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES ÉTUDES PENDANT LA GUERRE

Université de Paris

Le Ministre de l'Education Nationale (Direction de l'Enseignement supérieur, 2e bureau) à MM. les Recteurs des Académies

I

Il m'a été signalé qu'un étudiant de P. C. B. à la Faculté des Sciences, de M..., aurait reçu l'assurance, quoiqu'il ne soit pas de la classe 1939 ni de la classe 1940, qu'il aurait achevé ses études de P. C. B. en avril 1940 ; j'ai l'honneur de vous faire connaître que cette information, si elle a été bien donnée, repose sur une erreur. Les sessions d'examens de tous ordres qui auront lieu en avril 1940 ne seront ouvertes qu'aux étudiants dont le cours normal des études sera interrompu par un appel sous les drapeaux (classe 1939, 2e contingent, et très éventuellement classe 1940, 1er contingent), ou par un engagement contracté avant l'ouverture de cette session qui n'est que la session régulière de fin juin 1940, ouverte par anticipation à des candidats qui ne pourront pas se présenter en juin, du fait de leurs obligations militaires.

Pour les autres étudiants, le cours des études universitaires n'est, du fait de cette session, ni abrégé, ni accéléré. MM. les Doyens ont dû prendre des dispositions particulières pour les étudiants qui auront à subir par anticipation, en avril 1940, les examens de fin d'année, mais pour les autres, les cours et exercices pratiques ont dû être organisés sur toute l'année scolaire et ne cesseront pas avant la fin de l'année scolaire, aux dates habituelles.

II

On m'a demandé dans quelles conditions les étudiants sous les drapeaux pourraient prendre des inscriptions dans les Facultés.

D'accord avec les autorités militaires, la règle du temps de paix était que les militaires de tous grades qui servent au delà de la durée du service obligatoire, ont le droit de se faire inscrire dans toutes les Facultés et d'y faire tous les actes de scolarité correspondant aux études qu'ils poursuivent et compatibles avec leurs obligations militaires. Mais les militaires effectuant leur service obligatoire n'étaient pas autorisés à continuer leurs études, ni à prendre des inscriptions, pendant la durée légale de ce service.

Dans les circonstances présentes, tenant compte de ce qu'actuellement le service obligatoire, pour certains sursitaires, est encore d'un an ou de dix-huit mois et aussi de ce que l'instruction militaire proprement dite ne dure pas plus d'un an, j'ai décidé, en accord avec M. le Président du Conseil, ministre de la Défense Nationale et de la Guerre, que les étudiants qui sont incorporés sursitaires, engagés et appelés, pourraient faire acte de scolarité après la première année de leur service militaire obligatoire. Ils pourront donc, dès la deuxième année, prendre des inscriptions par correspondance aux époques réglementaires et se présenter aux mêmes sessions d'examens que leurs camarades non mobilisés et dans les mêmes conditions de scolarité. En particulier, les étudiants en médecine, pharmacie et chirurgie dentaire, devront fournir, pour ces examens, les notes exigées par les règlements pour la validation des stages et les notes obtenues pour les travaux pratiques réellement effectués par eux.

Les étudiants sous les drapeaux ne pourront peut-être pas tous, du fait de telle ou telle situation particulière, profiter de cette disposition et poursuivre leurs études. Mais je tiens à dire dès maintenant, à tous, que leurs études interrompues pourront être continuées et qu'au terme des hostilités des mesures spéciales seront prises en leur faveur pour qu'ils soient aussitôt que possible, en situation d'égalié avec leurs camarades non mobilisés.

28 décembre 1939. Yvon Delbos.

La rentrée de l'Association corporative des étudiants en médecine de Paris et le secours universitaire

M. Mordagne, délégué permanent, communique :

« *L'Association corporative des étudiants en médecine de Paris*, 8, rue Dante (5), qui a rouvert sa bibliothèque le 1er décembre 1939, félicite les camarades qui ne sont pas encore touchés par la conscription, d'être revenus nombreux s'inscrire pour la présente année scolaire.

Le Comité rend particulièrement hommage aux membres honoraires, professeurs et chefs de service des hôpitaux, qui n'ont pas hésité à continuer leur précieuse collaboration à l'Association corporative, montrant avec quel esprit de solidarité ils soutiennent ses efforts.

Nos maîtres apprécient les campagnes professionnelles menées avec succès jusqu'à la guerre par notre association.

Le Comité, d'autre part, se fait un devoir de lancer un appel pressant aux étudiants en médecine en faveur du *secours universitaire, cette louable initiative de M. le recteur Roussy, ainsi que vient de la qualifier notre doyen, M. le professeur Tiffeneau.*

L'Association corporative des étudiants en médecine de Paris, vieux groupement d'entr'aide, remercie M. le Recteur de l'Académie de Paris d'avoir créé cette œuvre ayant pour objet d'apporter une aide aux détresses que la guerre a créées chez les étudiants. Ceux-ci ont, du fait de l'ascension verticale de la courbe du coût de la vie, des difficultés inouies à assurer leur vie matérielle au Quartier Latin.

Le recteur a décidé de faciliter celle-ci à nos camarades en créant une caisse spéciale pour distribuer des secours aux étudiants nécessiteux et subventionner les deux restaurants universitaires qu'il vient de faire ouvrir aux lycées Henri-IV et Louis-le-Grand.

On ne doit pas ignorer que le repas de midi, copieux et très acceptable, est servi à tous les étudiants pour la modeste somme de 6 francs. Mais pour qu'une œuvre semblable puisse fonctionner, chacun doit lui apporter son obole et c'est un devoir que l'*Association corporative* demande à tous les étudiants de remplir. La cotisation annuelle pour les membres adhérents est de *20 francs*, somme modique à l'heure actuelle. Le Comité de l'Association corporative, qui a déjà contribué pour sa part à collecter de fortes sommes à la Faculté de Médecine, pense que nul ne restera sourd à son appel en faveur de cette œuvre de bienfaisance et de solidarité estudiantine.

L'Union fait la Force ».

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 11-12. — 7-10 FEVRIER 1940. 113e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Faculté de Médecine de Paris. — En raison des circonstances actuelles, suivant la décision du Conseil de l'Université de Paris, les cours et examens de la Faculté de Médecine ont fonctionné normalement les lundi et mardi gras.

Faculté de Médecine de Toulouse. — La chaire de clinique du cancer de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Toulouse (titulaire : M. Ducuing) prend le titre de : « Chaire de clinique chirurgicale et du cancer ».

Ministère de la Santé publique. — M. Marcel Moine, chef du Service de la statistique au Comité national de défense contre la tuberculose, est nommé conseiller technique au ministère de la Santé publique, pour les questions de statistique.

Guerre. — Le *Journal Officiel* du 21 janvier 1940 publie un décret relatif aux pensions militaires en ce qui concerne les décès survenus, les blessures reçues et les maladies contractées ou aggravées en service.

Mérite maritime. — *Chevalier :* le Dr Jungt, médecin du paquebot *Bretagne*, chevalier de la Légion d'honneur, cité à l'ordre de l'armée de mer, titre exceptionnel.

Union thérapeutique. — La Ve Assemblée générale de l'Union th[illegible]ique aura lieu le lundi 18 mars 1940, sous la préside[illegible] du professeur Loeper, président de l'Union thérapeuti[illegible].

La séa[illegible] inaugurale se tiendra à 9 heures du matin dans la s[illegible] du *Conseil de la Faculté de Médecine*, sous la présidence d'honneur de M. le Ministre de la Santé Publique et de M. le Recteur de l'Académie de Paris et sous la présidence du professeur Achard et du professeur Tiffeneau, doyen de la Faculté.

Elle sera suivie de la séance solennelle de la Société de thérapeutique dans l'*amphithéâtre Vulpian* de la Faculté, à 15 heures.

Huit rapports seront discutés dans ces deux séances sur le *phosphore et les médicaments des globules blancs* par les professeurs Aubertin (Paris), Burgi (Berne), Busquet (Paris), Dustin (Bruxelles), Hazard (Paris), Hernando (Madrid), Mouriquand (Lyon), Rietti (Ferrare) et les docteurs Babonneix (Paris), Cottenot (Paris) et Gordonoff (Berne).

Un dîner amical et très simple clôturera cette réunion : le lieu en sera fixé ultérieurement.

Journées médicales de Bruxelles. — En raison de la guerre, les journées médicales de Bruxelles fixées au 22 juin 1940, n'auront pas lieu. *Bruxelles médical* donne ren-

dez-vous à tous ses amis l'an prochain pour les « Journées médicales de la Paix ».

Cours complémentaire d'obstétrique. — M. le Dr P. Lantuejoul, agrégé, a commencé le cours complémentaire d'obstétrique le lundi 5 février 1940, à 17 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Sujets de conférence : grossesse, accouchement et post-partum normaux. Pathologie de la grossesse.

Cours de pharmacologie. — Les cours de Mlle le Docteur Lévy, agrégé, ont lieu depuis le lundi 29 janvier, les lundis, mercredis et vendredis de 15 à 16 heures à l'Amphithéâtre Vulpian.

Concours du Syndicat des Journalistes et Ecrivains. — Parmi les lauréats du concours institué en 1939 par le *Syndicat des Journalistes et Ecrivains* sur divers sujets littéraires, sociologiques ou scientifiques, nous avons remarqué les noms de plusieurs médecins-écrivains : Dr Guépin (prix de la ville de Nice), Dr Russo (prix de la Revue des Indépendants), Dr Gonzalve Menusier (prix de la ville de Lyon). Nous avons noté aussi les noms des Drs Herscovici et Dani Hervouët.

Médecine et famille. — Par une lettre adressée à *Médecine et Famille* (84, rue de Lille, à Paris), qui est l'Association des Médecins amis de la Famille et des Familles nombreuses médicales, la S. N. C. F. vient de préciser que les dispositions réglementaires concernant les facilités de circulation à attribuer aux médecins de la S. N. C. F., et aux membres de leur famille, ont repris parmi les ayants droit les enfants majeurs poursuivant leurs études demeurant chez le médecin ou habitant hors de sa résidence à raison des études qu'ils poursuivent jusqu'à l'âge de 28 ans.

Les enfants qui se trouvent dans cette situation peuvent donc obtenir la carte scolaire dans les conditions prévues au règlement.

UMFIA. — La date de l'Assemblée générale est fixée au 26 février 1940. Cette décision a été prise par le Conseil d'administration récemment réuni sous la présidence du Dr Bandelac de Pariente, en l'absence momentanée du Dr Dartigue. Le vice-président fondateur a remercié M. Dalby, qui donnait l'hospitalité dans les salons de lecture du *Monde Médical*, mis gracieusement à sa disposition par notre distingué confrère, le Dr Pierre Astier, actuellement aux armées.

M. R. Molinéry, secrétaire général, donne lecture du procès-verbal. Il salue tous nos confrères mobilisés et souhaite que la fin des hostilités les renvoie bientôt dans leur famille et remercie les généreux donateurs qui ont adressé des livres aux bibliothèques saccagées d'Espagne.

Il félicite enfin les membres de l'UMFIA, qui ont été bénéficiaires de distinctions scientifiques : MM. Pierre Molinéry, Saenz, Escomel de la Piedra (de Lima), Joseph Rivière.

Le président, M. Bandelac de Pariente, propose au Conseil la nomination de M. Henri Dalby comme président des « Amis de l'UMFIA », adoptée à l'unanimité. Il fait ratifier l'élection faite avant les hostilités, des nouveaux membres du Conseil : professeur Saenz, Dr Desfosses, secrétaire général de la *Presse Médicale ;* M. le médecin-colonel Cayrol, M. le médecin-colonel Tournier-Lasserre, ainsi que de nouveaux membres d'honneur : le docteur Alexis Carrel, et les membres de l'Académie de Madrid, les Drs Pulido Martin et Janvier Cortezo.

Un amical dîner trimestriel réunira les membres de l'UMFIA présents à Paris.

Les Voix Latines donneront cet hiver deux ou trois conférences pour lesquelles ont été sollicitées des hautes personnalités civiles et militaires.

Nécrologie

C'est avec une très vive peine que nous avons appris la mort du professeur A. David, de la Faculté libre de Médecine de Lille, rédacteur en chef du *Journal des Sciences Médicales de Lille*. Notre confrère a donné l'exemple d'une vie entière consacrée au travail. La dignité de sa vie, la sûreté de son amitié, lui avaient valu l'estime affectueuse de tous ses confrères.

Ayant subi, il y a deux ans, une amputation de cuisse, il avait donné un magnifique exemple de stoïcisme et de résignation chrétienne. En septembre dernier, malgré son infirmité, il avait tenu à reprendre son uniforme de médecin lieutenant-colonel et à servir, une fois de plus, son pays.

Très tristement nous prions Mme David et ses enfants d'agréer l'expression de notre très profonde sympathie.

— Le professeur Fritz de Quervain, l'éminent chirurgien de Berne, associé étranger de l'Académie de Médecine de Paris, membre de l'Association Française de Chirurgie, est décédé à l'âge de 71 ans.

— Dr Tellier, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

— Dr de Kerdrel (de Saint-Pierre-de-Paladru).

— Dr Latour (du Puy).

— Dr Rondet (de Neuville).

— Le professeur Paolo Croveri, directeur de la clinique des maladies tropicales de Modène, et de celle de Turin.

— Dr Joseph Lebel, interne lauréat de l'hôpital Saint-Joseph, décédé accidentellement aux armées.

— Dr Daniel Chesneau, décédé à Saint-Aubin-le-Guichard (Eure).

— Le médecin lieutenant-colonel en retraite Jules Pech, décédé à Vicdessos.

— Le médecin général Senglé-Ferrière.

— Le Dr G. Sersiron, ancien médecin consultant à la Bourboule, décédé à Nolay (Côte-d'Or).

— Le Dr Ichok, directeur du bureau d'hygiène de la ville de Clichy.

LE PRINCIPE LACTOGÈNE (" PROLACTIN ") DE L'HYPOPHYSE

Données expérimentales et cliniques

par M. le Dr M. Schachter (Marseille)

Plusieurs faits d'observation avaient laissé entrevoir le rôle direct que joue l'antéhypophyse dans le mécanisme de la sécrétion lactée (Orth, Franck et Ungar, Hofstatter, Haenel, Stefko, Parhon et Cahane). Il est cependant incontestable que c'est à Stricker et Grueter (1928-29) que revient le mérite d'avoir obtenu une sécrétion lactée, par l'injection d'extraits antéhypophysaire neutres ou alcalins, à des lapines, chiennes, vaches ou truies, entières ou castrées.

Cette découverte capitale fut confirmée plus tard par Corner, Evans et Simpson, Nelson et Pfiffner, Lyons et Catchpole, Asdell et autres, au cours de leurs expériences avec les mêmes préparations, sur des rates, cobayes et chèvres.

Il est intéressant de signaler que l'extrait antéhypophysaire dont s'est servi Corner, contenait également des traces d'un principe stimulant le développement de la glande mammaire, expliquant ainsi le double effet de développement glandulaire et de sécrétion lactée, observé chez des lapines, qui n'ont jamais eu d'ovulation et dont les glandes mammaires n'ont jamais subi l'influence « préparatrice » du corps jaune.

Le prolactin antéhypophysaire :

Ce n'est qu'en 1932 que O. Riddle, R.-W. Bates et S. W. Dykshorn découvrirent et isolèrent des extraits antéhypophysaires, la substance efficace, responsable de la sécrétion lactée, nettement différente des hormones somatotrope, gonadotrope et thyréotrope, alors connues. Riddle proposa le nom de « prolactin », actuellement le plus couramment employé. Un an plus tard, Gardner et Turner réussirent également à l'isoler, mais préfèrent le terme de « galactin ».

Toutes les méthodes courantes de préparation du prolactin utilisent :

a) Des solutions acides ou alcalines, ou à 60 % d'éthanol ;

et *b*) la précipitation isoélectrique, suivie de plusieurs lavages du résidu. Cette méthode employée par Riddle et ses collaborateurs, utilisée également par Catchpole et Lyons et par Collip, permet d'obtenir un prolactin, qui, à la dose de 0,02 mgr. donne une réaction nette au niveau de la glande du jabot de pigeon, test sur lequel nous reviendrons plus loin.

De nature protéique, car digéré par la tripsine (Bates, Riddle et Lahr), le prolactin résiste au chauffage pendant une heure, mais il est détruit si le pH dépasse ou est inférieur à 7,5-8,5. Séché et soumis à des températures basses, il se montre assez stable.

En ce qui concerne la pureté du prolactin actuellement employé, il est juste de noter que certaines expériences physiologiques, mettant en évidence une augmentation pondérale des surrénales, indiquent ainsi l'existence de traces d'hormones autres que le principe lactogénique (Riddle, Bates et Lahr, 1937). Tout récemment encore, S. J. Folley insistait sur le même fait.

L'action inhibitrice de l'hormone galactogène, sur le cycle œstral, récemment mis en évidence par J. Figarella et V. Donnet (Marseille), au cours de leurs expériences sur un important nombre de souris, paraît plaider en ce même sens.

Quant à la richesse en prolactin du lobe antéhypophysaire, les recherches récentes de R. P. Reece, I. L. Hauthaway et H. P. Davis montrent que trente et une heure après la parturition, on peut déceler 10,5 unités pigeon par glande; cette quantité diminue successivement, de sorte qu'on trouve 9,6 unités le seizième jour, et 8,3 unités le vingt-troisième jour après la fin de la grossesse.

Ces faits extrêmement suggestifs, n'autorisent cependant pas la conclusion, que c'est du taux en prolactin que dépend l'importance de la courbe de lactation. Tout au contraire, il semble que ces chiffres ne font qu'indiquer — approximativement, bien entendu — la rapidité du déclin de la sécrétion lactée.

Notons encore, que selon R. P. Reece, les hypophyses de rates adultes ovariectomisées et soumises à un traitement folliculinique, sont nettement plus riches en prolactin que les glandes de témoins non traités. Chez des rates adultes, entières et soumises au même traitement, l'augmentation de la teneur de leur hypophyse en prolactin est de l'ordre de 28 %.

Le dosage du prolactin :

Pour la détection, comme pour le dosage du principe lactogène de l'antéhypophyse, la glande du jabot de pigeon constitue, ainsi que l'ont montré Riddle, Bates et Dykshorn (1933), le test le plus sensible. On sait, en effet, que cette glande représente tant chez le mâle que chez la femelle, un organe analogue à la glande mammaire des mammifères. Or, sous l'influence des injections de prolactin ou d'extraits antéhypophysaires contenant ce principe, on observe une augmentation pondérale de la glande du jabot, correspondant à des modifications structurales, qui la rend capable de sécréter du lait. La quantité de prolactin qui produit cet effet est considéré comme représentant « l'unité-pigeon » («bird-unit »» des auteurs américains). Elle correspond, selon Riddle, Bates et Dykshorn, à 1 milligramme de la préparation originale n° 51, dose minima pour des pigeons ne dépassant pas le poids de 150 grammes.

Lyons et Catchpole et ensuite Mc Shann et Turner, considérant la prolifération minime de la glande du jabot comme critérium rigoureux du dosage du prolactin, définissent l'unité hormonale comme étant la quantité qui, injectée quotidiennement pendant quatre jours, à 20 pigeons pesant environ 300 grammes, détermine, chez 50 % d'entre eux une prolifération tissulaire incipiente, mais nette.

Dernièrement, Gardner et Turner ont proposé d'utiliser le lapin pseudo-gravide, comme test biologique pour le dosage du prolactin. L'animal qui reçoit pendant une semaine une seule injection d'extrait antéhypophysaire par jour, est sacrifié, pour l'étude histologique de sa glande mammaire. L'unité-lapin est,

avec cette méthode, la quantité minima suffisante pour donner une réaction positive.

Le test du jabot de pigeon est largement influencé par l'âge et la race des sujets employés.

Des pigeons âgés se montrent, en effet, plus sensibles, donnant des valeurs quatre ou cinq fois plus grandes que celles de sujets impubères.

Quant au rôle de la race, Riddle, Bater et Lahr ont montré (1935) que la race « white King » réagit quatre fois plus énergiquement que la race « Tippler ».

Reprenant ces recherches, les mêmes auteurs ont montré qu'en ce qui concerne le rôle du sexe, l'injection sous-cutanée de prolactin à des pigeons impubères donne une réaction plus nette chez le mâle que chez la femelle. Quand les injections sont faites dans le muscle, la différence entre les sexe est, au contraire, à peine appréciable.

L'influence de la folliculine, sur le test du jabot, est, ainsi que l'ont démontré Folley et Wite, confirmés par Bates, Riddle et Lahr, nettement inhibitrice, tant chez la femelle que chez le mâle.

Ajoutons enfin que le jeûne complet durant les quatre jours d'injection de prolactin réduit la réaction du jabot de 50 %, et que l'augmentation de la diurèse, associée à une réduction à moitié de la nourriture, diminuent le même test de 40 % environ.

L'expérimentation chez l'animal :

Grueter et Stricker (1929) furent les premiers à constater une augmentation de la quantité de lait, chez des vaches en lactation, ayant reçu, sous forme d'injections parentérales, un extrait alcalin antéhypophysaire. Trois ans plus tard, et cette fois-ci avec des préparations plus pures, Stockklausner et Daum (1932) obtenaient, chez la vache, un retard notable dans le déclin de la lactation.

En expérimentant avec le prolactin, Lyons, Chaikoff et Reichert (1933) ont observé chez un chien l'installation d'une lactation abondante. Des résultats identiques furent relatés par Mc Phail, Collip et Thompson, de même que par Nelson ; mais cet effet fut d'une durée relativement réduite.

Au cours de leurs recherches portant sur 600 vaches, dont 100 servaient de contrôle, Azimov, Sharhinskaja et Kronze (1934 et 1937) ont noté dans l'ensemble une augmentation temporaire, mais nette, de la quantité de lait. Les meilleurs résultats furent obtenus chez les animaux se trouvant dans la période initiale, mais à l'acmé de la lactation.

En étudiant l'effet lactogénique d'une injection unique de prolactin chez la vache, Folley et Young (1938) constatent que la capacité de stimulus sécrétoire des extraits employés est plus étroitement liée aux propriétés glicotropiques (antiinsulaires) qu'à leur sensibilité spécifique vis-à-vis de la glande du jabot.

En ce qui concerne le lait sécrété sous l'influence du principe lactogène, les recherches de A. J. Bergman et C. W. Turner (1937), confirmées par Folley et Young (1938), montrent que le taux du lactose et des matières solides (cendres), est identique à celui du lait normal, alors que les graisses semblent être plus abondantes. Azimov et ses collaborateurs ont également mis en évidence la composition normale du lait obtenu à la suite d'un traitement prolactinique.

Mais, pour que le prolactin antéhypophysaire stimule la lactation, deux conditions essentielles sont nécessaires :

a) Il faut que les connexions anatomiques de l'hypophyse avec les formations hypothalamiques synergiques et adjacentes conservent leur intégrité. En effet, les rats nés de parents ayant subi une section de la tige pituitaire meurent de faim, du fait de la cessation ou de l'absence d'installation de la sécrétion lactée.

b) Il faut que les glandes mammaires du sujet soumis au traitement soient complètement développées. C'est ainsi que s'expliquent les échecs notés par A. A. Werner (1935) au cours de ses expériences, concernant 8 jeunes femmes castrées, dont les glandes mammaires étaient depuis un certain temps dans un état d'atrophie glandulaire plus ou moins avancée.

Les expériences similaires de Allen, Gardner et Diddle, sur le macacus rhesus ont également abouti à des résultats négatifs, quant au déclenchement de la sécrétion lactée.

L'application clinique du prolactin :

Les premiers essais d'application clinique du prolactin, dus à Kurzrock, en collaboration avec Bates, Riddle et Miller (1934), concernent 29 femmes chez lequelles la sécrétion lactée ne s'était pas encore bien développée le sixième jour après l'accouchement. La dose quotidienne d'hormone ne dépassa pas 400 unités. Le résultat fut le suivant : dans 25 cas, le taux de lait augmenta de 50 à 400 grammes par jour ; dans le reste des cas, où la dose totale était d'à peine 100 unités, l'échec fut total.

Reprenant ces essais chez des parturientes dont la sécrétion lactée était inférieure à 600 centimètres cubes, le cinquième jour de l'accouchement, J. R. Ross (1938) a obtenu avec des doses de prolactin oscillant entre 400 et 1.000 unités administrées deux fois par jour, une augmentation indiscutable du taux du lait. La qualité de l'effet s'est montré dépendre uniquement de la dose totale de prolactin administré.

Cette dernière condition ne semble pourtant pas valable chez l'animal en expérience. En effet, ainsi que l'ont montré Allen, Gardner et Diddle (1935) sur le *macacus rhesus*, c'est plutôt de l'état de maturité de la glande mammaire que dépend le résultat pratique du traitement hormonal prolactinique.

Des résultats également encourageants furent relatés par J. C. Missio-Fournier avec ses collaborateurs Morato-Maneiro et Albrieux (1939). En administrant à chacune des 10 femmes ainsi traitées, la dose totale de 300 milligrammes de poudre sèche de prolactin, divisé en 10 injections intra-musculaires, à raison de deux par jour, les auteurs uruguayens enregistrèrent 9 succès nets, consistant en l'augmentation et la persistance de la sécrétion lactée. Il leur paraît que le succès de cette nouvelle thérapeutique hormonale dépend de l'application précoce, du grade de développement des glandes mammaires et des doses administrées. Ces dernières ne doivent pas être inférieures à 200-300 milligrammes de poudre sèche de prolactin.

Dans presque tous les cas relatés, le traitement pro-





ACIDES AMINÉS CONTRE LA TUBERCULOSE

Au cours d'une revue sur « Le traitement médical de la tuberculose », paru dans la *Presse Médicale*, du 13 février 1937, Henri Barth, médecin honoraire de Necker, confirme l'action bienfaisante de l'**Okamine** dans la tuberculose.

D'autres spécialistes ont reconnu que le Glycocolle (base de l'Okamine), est le traitement de choix des accidents auriques et arsénobenzolés, preuve de son action réparatrice biologique.

Le 19 février suivant, le Dr Dani-Hervouet a donné communication à la Société Médicale des Praticiens de sa formule n° 3, **Okamine cystéinée**, expérimentée depuis deux ans et demi, qu'il préconise comme traitement de fond prolongé des formes graves ou rebelles.

La Cystéine, qu'il associe à l'Okamine, est le principe actif du cortex surrénal. Il est en même temps une des trois bases du Glutathion, produit physiologique de haute importance, étudié surtout par le Pr Binet et ses élèves. Une autre base du Glutathion est le Glycocolle, premier constituant de l'**Okamine.**

Donc **Okamine simple**, moins coûteuse, pour les *tuberculoses courantes ;* **Okamine cysvéinée** pour les *formes graves ou rebelles de préférence.*

lactinique a été supporté sans aucun inconvénient d'ordre général ou local. Seuls font exception quelques cas observés par J. R. Ross, ainsi que ceux notés par A. A. Werner (1935 et 1939), qui parle de réactions anaphylactiques locales très sévères chez des femmes ayant reçu 1 à 6 injections de prolactin.

La cause de ces réactions paraît tenir à d'impuretés ou à des traces de protéines contenues dans certaines préparations, donc à des facteurs qu'une amélioration technique pourra, dans l'avenir, éliminer totalement.

Il est même permis de se demander si les insuccès relatés par certains auteurs ne sont pas dus à des différences d'efficacité biologique des diverses préparations de prolactin ou galactin, et si nous ne devons pas admettre l'existence de prolactins multiples, dont certains n'ont d'influence sur la sécrétion lactée que dans certaines circonstances physiologiques particulières.

L'extraction des urines de femmes en cours de lactation, d'une substance lactogène, que J. Liard (1937) propose de nommer « urolactine », ne simplifie certainement pas le problème.

De même, le fait que Bergman et Turner ont pu se poser la quetion de l'identité possible entre le prolactin et l'hormone antéhypophysaire régulatrice du métabolisme de glucides, souligne également l'importance des lacunes qui restent encorer à éclairer.

Quoi qu'il en soit, certains faits cliniques rendent probable le fait que l'hormone lactogénique de l'antéhypophyse est bien différente d'une hormone mammo-trope ou « mammaro-stimulente », secrétée par le même lobe et responsable du développement prépubélaire de la glande mammaire. Un cas personnel d'acromégaloïdie pubertaire, nous a semblé apporter un argument en faveur de cette thèse (1938).

Les succès de l'expérimentation sur l'animal, de même que les résultats cliniques que nous venons d'analyser brièvement, pourraient, à juste titre, encourager et ouvrir une intéressante perspective à l'hormonothérapie lactogénique, si des voix autorisées, mais discordantes, n'étaient là pour nous empêcher de tirer des conclusions par trop hâtives. En effet, les recherches de contrôle, effectuées dans des conditions techniques irréprochables, ont montré à H. L. Stewart et P. Pratt (1930) que le prolactin n'est pas le moteur *sine qua non* de la sécrétion lactée ou de son augmentation quantitative. Pour cela, ils ont soumis simultanément deux groupes de femmes, ,avec déficience de sécrétion lactée au cours des premiers cinq-six jours après l'accouchement, à un traitement apparemment identique, pour exclure tout facteur psychologique de doute. En réalité, le premier groupe de 14 femmes reçut des piqûres de prolactin, alors que les ampoules injectées au second groupe de 10 femmes, tout en ayant le même aspect, contenaient du sérum physiologique. Or, le résultat fut presque identique, les deux groupe répondant par une augmentation de la sécrétion lactée de l'ordre de 40 %.

Cette expérience tout en n'excluant pas la valeur thérapeutique du traitement prolactinique, montre cependant que des facteurs neuro-psychiques complexes ne peuvent pas être exclus d'un processus qui, chez l'homme, est lié à un état d'émotivité et d'affectivité (« la maternité ») trop connu, pour qu'on doive encore le mettre en relief.

Malgré ces quelques critiques qui conservent toute leur signification théorique, il est cependant permis de croire que le jour n'est pas éloigné où grâce à de bonnes préparations standardisées de prolactin on pourra considérer comme résolu le problème thérapeutique des hypo et des aglacties de jeunes parturientes.

BIBLIOGRAPHIE

E. Allen, W. U. Gardner et A. W. Diddle. Exp. with theelin and galactin on growth and function of the mamary glands of the monkey (*Endocrinol.*, 1935, 305-313).

R. W. Bates, O. Riddle et Lahr. *a*) On the protein nature of prolactin and of follicle stimulating hormone (*Proc. Soc. Exp. Biol. et Med.*, 1934, p. 1223) ; *b*) The racial factor in the response to a hormone (*Am. Nat.*, 69, 1936) ; *c*) Rôle of sex, estrogenic hormone, fasting and diuresis in the response of crop-sacs of pigeons to prolactin (*Am. J. Physiol.*, vol. 127, oct. 1939, 422).

A. J. Bergman et C. W. Turner. *a*) The composition of rabbit milk stimulated by the inj. of the lactogenic hormone (*J. Biol. Chemistry*, 120, 1937, 21) ; *b*) Are the lactogenic and carbohydrate metab. hormones identical? (*Endocrinol.*, 1938).

H. R. Catchpole et W. R. Lyons. The lactation hormone of the hypophysis (*Anat. Rec.*, 1933).

J. B. Collip. Some recent advances in the physiol. of the ant. pit (*Jrl. of the Mount Sinai Hospital*, vol. I, n° 1, 1934).

L. Cornil, M. Schachter et Mme Ferbicelli. Le rôle de l'hypophyse et du système nerveux dans la sécrétion lactée (*Arch. de Méd. Gén. et Col.*, n° 3, 1939).

J. Figarella et V. Donnet. Action de l'hormone galactogène hyp. sur le cycle oestral de la souris (*Rev. fr. Gynécol. et Obst.*, 1939) [sous presse].

S. J. Folley. The rôle of ant. pit. in lactation (*The Lancet*, II, 389-390, 1938).

S. J. Folley et Young. Effect of ant. pit. extracts on estabished lactation in the cow (*Proc. Roy. Soc. Biol. et Med.*, 1938, 45-76).

W. U. Gardner et C. W. Turner. The function, assay and preparation of galactin, etc. (*Missouri Agr. Exp. Station, Research*, Bull. 196, 1933).

L. Herold. Effect of transsection of the pit. stalk on lactation (*Arch. f. Gynækol.*, 168, 1939, 534).

Kurzbock, Bates, Riddle et Miller. The clinical use of prolactin (*Endocrinol.*, 1934).

J. Liard. Sur la présence d'une substance lactogène dans les urines de la femme en lactation (*C. R. S. Biol.*, t. 126, 1937).

Lyons et Catchpole. Assay with the guinea pig of the lactogenic hormone (*Proc. Soc. Exp. Biol. et Méd.*, 1933, 299).

J. C. Mussio-Fournier, Morato-Maneiro et Albrieux. Utilisation clin. de l'hormone lactogénique de l'hyp. (*Bul. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 24 février 1939).

Nathanson et Fevold. Analysis of amenorrhea by the use of comercial prolactin and the luteinizing hormone (*Endocrinol.*, janv. 1938, 86-91).

R. P. Reece, I. L. Hathaway et H. P. Davis. Lactogen content of pit. gland of lactating rat (*J. Dairy Sc.*, 1939, 1/5).

R. P. Reece. Les effets des inj. de subst. oestrogènes sur le contenu en prolactin de l'hyp. (*Proc. Roy. Soc. Biol. et Med.*, t. 39, 77-80, 1938).

O. Riddle, Bates et Dykshorn. A new hormone of the ant. pit. (*Proc. Roy. Soc. Biol. Med.*, 1932).
O. Riddle, Bates et Dykshorn. Prolactin a new and third hormone of the ant. pit. (*Anat. Record*, 1932).
O. Riddle, Bates et Dykshorn. The preparation, identification and assay of prolactin (*Am. J. Physiol.*, 1933).
O. Riddle. Das laktogene Hormon der Hypophyse (*Die Drusen mit Innerer Sekretion*, Wien, 1937).
J. R. Ross. Prolactin, its effect on the secretion of womens milk (*Endocrinol.*, 1938, 429).
G. Roussy et M. Mosinger. Physiol. de la région hypothalamo-hypophysaire (*in Traité de Physiol. Normale et Pathol.*, Masson, 1939).
M. Schachter. Acromégaloïdie de la puberté (*Bull. et Mém. Soc. Endocrinol.* (Bucarest), n° 4/5, 1938, 121-123).
H. L. Stewart et J. P. Pratt. Effect of prolactin on mammary gland secretion (*Endocrinol.*, vol. 25, 1939, 347).
P. Stricker et Grueter. Rech. exp. sur la fonct. du lobe ant. de l'Hyp. Infl. des extraits du lobe ant. sur l'app. génital de la lapine et sur la montée laiteuse (*Presse médicale*, 28 sept. 1929, et *C. R. S. Biol.*, t. 99, 1928).
A. A. Werner. *a*) Exp. to produce lactation in castrate woman (*Endocrinol.*, 1935, vol. 19) ; *b*) Severe reaction from use of lactogenic hormone (*Endocrinol.*, 1939, 119-121).

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

LES EFFETS DE LA PROSTIGMINE DANS LES SYNDROMES MYASTHÉNIQUES (1)

Par L. Babonneix
Membre de l'Académie de Médecine

La prostigmine est un alcaloïde synthétique très voisin de l'ésérine, substance essentiellement parasympathométique, mais non dépourvue de toxicité : les recherches d'Aeschliman et de Reinert ont permis de lui substituer un produit, l'ester diméthylcarbamique du méthylsulfate du m.-oxyphényltriméthylammonium (prostigmine), doué des mêmes propriétés physiologiques, mais dépourvu de toute action nocive. Aux doses habituelles, elle n'exerce, en effet, aucun effet sur le cœur, sur la pression artérielle, sur la respiration et ne produit qu'un myosis aussi faible qu'inconstant.

Elle se présente sous forme d'une poudre blanche, qu'on administre en comprimés et en solutions injectables.

Les comprimés sont dosés à quinze milligrammes : on peut en donner de 3 à 6 par 24 heures.

La solution injectable est à 0.5 $^0/_{00}$ en ampoules de 1 cm^3. Chaque ampoule contient donc un demi-milligramme de substance active. On peut en administrer jusqu'à trois milligrammes par jour, mais, quand on recourt aux doses élevées, il convient de prescrire simultanément un quart de milligramme de sulfate d'atropine, pour réduire son action stimulante sur le péristaltisme intestinal. C'est, en effet, dans l'atonie intestinale, liée à une hypersympathicotonie, qu'on a, pour la première fois, essayé avec succès l'ésérine ou, plutôt la prostigmine, qui est à la fois un excitant du vague et un paralysant du sympathique.

(1) Nous avons emprunté la plupart des données de cet article à l'ouvrage suivant : G. Hirschberg, Action de la prostigmine dans les syndromes myasthéniques, *Th. Marseille*, 1939, in-8°, 104 p., inspirée par le Prof. H. Roger.

Comment, parti de l'atonie intestinale, a-t-on eu l'idée d'employer le médicament dans la myasthénie? En se fondant sur la ressemblance entre cette maladie et l'intoxication par le curare. C'est ce qu'a fait Mary Walker (1934), en recourant d'abord à l'ésérine, qui lui donna de très bons résultats, malheureusement contrariés par certains effets toxiques, et à laquelle, bientôt, elle substitua la prostigmine.

Avant cette époque, et surtout avant 1930, le traitement de la maladie se réduisait au repos absolu, à des médications fortifiantes (arsenic, calcium, strychnine), associés aux diverses opothérapies. En cas de tumeur thymique coexistante, la radiothérapie ou, parfois, l'ablation, avaient été appliquées, la première, avec des succès très inconstants, la seconde, avec une forte mortalité opératoire. En 1930, on essaya l'éphédrine et le glycocolle, celui-ci, en raison des troubles du métabolisme musculaire; l'extrait surrénal (Alajouanine et Thurel); la cortine (Roch, Demole, Duchosal); l'insuline (Pitfield); l'extrait hypophysaire (Simon); la phénédrine (Thomas et Yaskin). Toutes ces médications, dont certaines avaient eu des résultats désastreux (Boisseau et ses collaborateurs), ont passé au second plan depuis la découverte de Mary Walker (de Londres).

Après administration de prostigmine, que constate-t-on? (Laurent et Walker, Boisseau, Cazalis, Coudert et Rivoire, Duvoir, Pollet, Layani et N. Gaultier, Laruelle, Massion, Vernierey et Meldaven).

Tout d'abord, une amélioration manifeste et rapide des signes cliniques : diminution presque immédiate du ptosis et de la diplopie, transformation du visage, qui s'anime et s'éclaire : le malade peut sourire, siffler, il peut parler longtemps sans se fatiguer, mâcher et avaler sans reflux des liquides par le nez, cracher, sortir la langue, etc. La faiblesse du tronc et des membres cède également : le patient peut se remuer, se lever, écrire (Tagnon), se coiffer, marcher, sans éprouver la moindre fatigue. Très rapide à la suite de l'injection intra-veineuse, l'amélioration ne survient, lorsque le médicament est donné *per os*, qu'au bout de trois quarts d'heure : elle n'est malheureusement que temporaire, les effets étant d'ailleurs proportionnels à la dose et, aussi, à la gravité de la maladie. Si l'on remarque que les périodes critiques sont : 1° les repas; 2° la nuit, on aura soin de faire absorber le médicament avant le déjeuner et le dîner, et le soir avant le coucher. La question de l'accoutumance est réservée, de même, celle de l'action curative, les effets étant difficiles à apprécier dans une maladie sujette à des rechutes.

Passons sur l'amélioration apportée aux troubles vasomoteurs, électriques et métaboliques, pour insister un peu sur les *actions secondaires*, bénignes, mais fréquentes, et qu'il faut connaître, qu'elles soient d'ordre :

Digestif : diarrhée, coliques, vomissements, qui ne surviennent que si l'on s'est adressé à de fortes doses et qui cèdent à l'atropine ou à la phénédrine;

Oculaire : légère tension des yeux, due, sans doute, à l'action sympathicotrope de la drogue;

Respiratoire : crises asthmatiformes;

Musculaire : sensation de raideur, due à une augmentation du tonus;

Nerveux : fibrillation et fasciculation, comme si le médicament agissait sur la jonction myo-neurale (R.-A. Myot, J. Lhermitte).

Ces considérations nous indiquent la conduite à tenir.

Dans les cas bénins ou moyens, on recourra aux comprimés : un (de quinze milligrammes) pris le matin à jeun; si l'action est insuffisante, un deuxième avant le déjeuner et un troisième avant le dîner.

Dans les cas graves, seuls justiciables de la méthode pour Laruelle et ses collaborateurs, on augmentera les

doses en alternant ou en combinant les comprimés (15 par jour au maximum) avec les injections sous-cutanées (6 cm^3 par jour au maximum, les injections intra-veineuses étant réservés aux cas d'asphyxies). En cas d'échec, interrompre la médication et employer la transfusion sanguine, la vitamine B (Marinesco) ou la phénédrine. A cette médication on associera toujours un traitement adjuvant : éphédrine (Boisseau et ses collaborateurs), glycocolle, opothérapie. On augmente les effets de la prostigmine en faisant ingérer, au moment où son efficacité décroît, une solution de chlorure de potassium (30 gr. par jour). On se gardera soigneusement de prescrire la quinine dont les effets antagonistes sont connus.

Il est évident qu'il ne s'agit là que d'indications générales. Dans un cas récemment présenté à la Société de Neurologie par MM. Laignel-Lavastine et L. Philippe, la dose utile a été trouvée par tâtonnements, et l'expérience a montré qu'il était préférable de donner la prostigmine sous forme de comprimés et de la répartir par prises espacées au cours de la journée. M. Béhague est arrivé, de son côté, à des conclusions analogues.

Il semble que la prostigmine agisse sur le trouble du fonctionnement cholinergique qui est à la base, tant de la myasthénie vraie que des syndromes myasthéniformes, en favorisant l'activité de l'acétylcholine par l'inactivation de la cholestérinase (1). Mais, ce qui est certain, ce sont les immenses services rendus aux malades par la découverte et par l'application, à leur cas, de la prostigmine, ainsi qu'en témoigne une auto-observation qui concerne une doctoresse chez laquelle le diagnostic de myasthénie peut être d'autant moins discuté qu'il a été fait successivement par Goldflam, Babinski et Flatau.

(1) On sait que le mécanisme du fonctionnement neuro-musculaire est ainsi compris aujourd'hui, qu'il s'agisse du cœur (Lœwi, 1921) ou des muscles striés (Dale) : l'excitation du nerf provoque la libération, dans l'épaisseur de la plaque motrice, de l'acétylcholine ou d'un éther de la choline chimiquement très voisin, sous l'influence de laquelle le muscle se contracte. Dans un deuxième temps, un ferment, la cholinestérase, provoque la décomposition par hydrolyse de l'acétylcholine en choline et acide acétique et le muscle se contracte. Le même raisonnement vaut pour les transmissions interneuronales (Pignini).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 15 JANVIER 1940

Différenciation phylogénétique de l'appendicite cœcal. — M. Frédéric Gluckmann.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

SÉANCE DU 30 JANVIER 1940

Un cas de fièvre exanthématique. — M. P. Nobécourt et Mme Martin-Lipmann rapportent l'observation d'un garçon de 13 ans, évacué dans la Nièvre, piqué par des puces, qui contracte une maladie infectieuse éruptive, à caractères spéciaux, avec une fièvre élevée, terminée par une défervescence brusque, le matin du huitième jour. Ce garçon guérit rapidement. Le sérum sanguin donna la réaction de Weil et Félix (agglutination du Proteus X^{19}).

Le diagnostic le plus vraisemblable est celui de *fièvre exanthématique.*

Sous cette appellation, on range actuellement des fièvres éruptives qu'on confondait autrefois sous le nom de *typhus.* Ces maladies présentent entre elles des analogies cliniques, donnant la réaction de Weil et Félix, sont causées par des micro-organismes presque identiques, les *rickettsies,* sont inoculées par la piqûre soit de poux, soit de tiques, soit de puces. Elles comprennent, à côté du *typhus classique,* la *fièvre pourprée des montagnes rocheuses,* la *fièvre fluviale du Japon,* le *typhus murin,* la *fièvre boutonneuse du littoral méditerranéen,* cette dernière observée en France, et enfin des *fièvres non classées.*

Chez l'enfant en question, on peut penser à une fièvre non classée. Si sa maladie présente certaines analogies avec la fièvre boutonneuse, elle ne peut être confondue avec elle. D'ailleurs, il n'a jamais été sur les bords de la Méditerranée, n'a pas été piqué par une tique, mais vraisemblablement par des puces.

La recherche du bacille de Koch dans les poussières. — MM. Fernand Bezançon, Paul Braun et André Meyer rapportent le résultat des travaux qu'ils ont entrepris depuis plusieurs années tant dans leur service de triage de l'hôpital Saint-Antoine qu'à la clinique de la tuberculose sur la recherche du bacille de Koch par culture dans les poussières et sur les objets en contact avec les tuberculeux.

Toutes ces recherches ont été négatives, de même d'ailleurs que les recherches de contrôle par inoculation au cobaye qu'ils ont poursuivies simultanément.

Les auteurs en particulier n'ont pu vérifier les données de Strauss, montrant la présence de bacilles dans les fosses nasales des médecins ou infirmières vivant en contact permanent avec des tuberculeux.

Ces résultats confirment les conclusions auxquelles étaient déjà parvenues Le Noir et Jean Camus en 1909.

De plus, ils n'ont pu obtenir de cultures positives sur milieu de Petragnani-Lowenstein, même en ensemençant chaque produit prélevé sur 15 tubes, ni en partant de poussières de salles, ni en partant d'eau de lavage de la vaisselle et des couverts utilisés par des tuberculeux.

Leurs résultats concordent avec ceux de M. Ameuille et de Mme Dubois-Verlière qui, par inoculation au cobaye, n'ont pu isoler de bacilles sur les livres dont se servent quotidiennement des tuberculeux bacillifères.

La différence des résultats obtenus à cinquante ans d'intervalle par Strauss et par les expérimentateurs actuels s'explique, comme l'avaient déjà bien montré Le Noir et Camus par les conditions même d'hygiène des services où ont été faits les prélèvements : service d'autrefois, où n'étaient prises aucunes mesures d'hygiène spéciale, services actuels spécialisés où l'on fait la guerre aux crachats bacillifères et où existe une aération permanente.

Les recherches des auteurs montrent une fois de plus combien était inexacte la théorie de l'ubiquité du bacille tuberculeux ; la contagion au contraire (sauf quelques cas rares dans nos villes de contagion par le lait) est rigoureusement interhumaine, presque exclusivement dire au contact direct avec des tuberculeux expectorant des crachats bacillifères sans que les poussières et les objets intermédiaires jouent un rôle important.

Les auteurs montrent le parallélisme qui existe entre l'abaissement du taux de mortalité par tuberculose et les progrès de l'hygiène antituberculeuse qui a diminué considérablement les sources de la contagion.

Projet d'une étude des maladies sociales. — M. Ch. Fiessinger apporte un projet qu'il soumet à l'Académie. « A elle de juger, dit-il, s'il convient de lui donner suite. Ce n'est pas que l'Académie n'ait déjà fixé son attention sur des maladies sociales comme l'alcoolisme, la tuberculose, la syphilis, l'avortement criminel ou la dépopulation ; le rapport excellent de M. Lereboullet sur ce dernier chapitre est encore dans toutes les mémoires.

« Dans les études de cet ordre, l'Académie s'attache surtout aux conséquences, et celles-ci ont leur importance. Mais on ne guérit guère une maladie en s'attaquant aux symptômes. Il faut mettre la main sur la source originelle. A ce prix seul, on a chance d'aboutir.

« Les causes des maladies sociales sont, avant tout, d'ordre moral, et celles-ci l'Académie ne les aborde qu'avec discrétion, estimant qu'elles dépassent son domaine et n'a pas y pénétrer. Cette prudence est-elle totalement justifiée ?

« ...Aujourd'hui, où la France, au milieu de la guerre, médite et songe à son relèvement prochain, il n'est peut-être pas inutile et l'Académie en recueillera une gloire certaine ; qu'elle prenne position et d'un doigt ferme et sûr montre les voies de redressement où un pays doit s'engager pour reconquérir les qualités robustes qui assurent la santé d'une race.

« Si l'Académie se décide, l'audience du pays tout entier sera accordée à ses conclusions. Les hommes politiques eux-mêmes s'intéresseront à son initiative et, assistant peut-être aux lectures des rapports successifs, y puiseront les leçons d'un salutaire enseignement... »

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 25 JANVIER 1940

Installation du bureau. — M. Grégoire prononce une allocution et cède le fauteuil présidentiel à M. Mocquot.

Lobectomie. — Rapport de M. Duval sur deux cas de lobectomies pratiquées par M. Olivier Monod sur des blessés portant une plaie vasculaire du poumon par balle de revolver.

Chez les deux blessés l'intervention a suivi de peu la blessure. La technique est très simple : anesthésie au chloroforme, résection d'une côte, lobectomie et fermeture sans drainage. Le lever est précoce puisqu'il a eu lieu au 10e jour et les suites opératoires ont été excellentes. Au point que l'un des malades ayant présenté, le 12e jour, une crise d'appendicite typique, il a pu être opéré sans incident et les deux plaies ont parfaitement guéri.

M. Gosset pendant la dernière guerre faisait, chez les malades présentant des plaies vasculaires du poumon, une ligature, puis faisait l'exérèse des tissus sous-jacents ; c'était déjà, dit-il, l'ébauche de cette méthode.

Deux cas de tumeurs intra-musculaires un peu particulières. — M. Mathieu a examiné et opéré deux malades qui présentaient la même symptomatologie ; l'examen histologique a montré un Schwanôme.

Le premier malade accusait une douleur constante à la partie externe du mollet droit. La palpation en position de relachement musculaire permettait de sentir une petite induration. L'exérèse fut pratiquée, elle permit l'examen histologique. Après l'intervention, la douleur a disparue.

Le deuxième malade avait également une douleur au niveau du mollet, une incision exploratrice avait été faite avant que le malade soit vu par M. Mathieu, mais le malade souffrait toujours. En faisant une incision d'orientation un peu différente, l'auteur trouva une petite masse translucide dont l'examen histologique fut identique au précédent.

L'auteur pense qu'en présence d'un malade présentant une douleur exquise et chez lequel on sent un relachement musculaire, une petite induration, il faut porter le diagnostic de Schwanôme et pratiquer l'exérèse.

A propos des sutures primitives. — M. Duval apporte une série de photographies de sutures primitives et n'est pas de l'avis exprimé par M. Roux-Berger dans la précédente séance. Il déclare que durant la dernière guerre tous les chirurgiens pratiquaient la suture primitive et que tous avaient de bons résultats.

M. Grégoire est de l'avis de M. Duval et a apporté au cours de la dernière guerre à l'Académie de chirurgie une communication sur 123 cas où il n'y avait pratiquement pas eu d'échecs.

M. Chevassu pense que la suture primitive ne peut être faite que par des chirurgiens ayant l'expérience de cette technique.

M. Lenormant est tout à fait partisan de cette méthode. Seulement il fait remarquer qu'elle ne doit pas être employée, si la surveillance post-opératoire des malades ne peut être faite par le chirurgien qui opère. De plus, il est nécessaire de faire un épluchage soigneux et de pratiquer un contrôle bactériologique.

M. Mondor a écrit ce qu'il pensait de cette méthode en 1916 et il n'a pas changé d'avis. Du point de vue humain elle est remarquable puisqu'elle supprime la douleur. De plus elle évite beaucoup de séquelles et a beaucoup contribué à la récupération rapide d'un grand nombre de blessés.

M. Monod apporte le point de vue de la guerre actuelle : les résultats obtenus sont excellents.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 8 DÉCEMBRE 1939

Abcès multiples chez un berger dus au pyobacille du mouton. — MM. Paul Halbron, Lévy Bruhl, Lenormand, Di Matteo et Mme Netter. — Observation d'un malade qui présenta successivement un abcès de la paroi thoracique, à point de départ pulmonaire et des suppurations de l'avant-bras, de la joue, de la cuisse, une pleurésie. La mort survint dans un état de cachexie profonde. A l'autopsie, les poumons, le myocarde, les reins contenaient des foyers suppurés. Dans le pus des divers abcès, on trouva à l'état pur un bacille gram-positif qui put être identifié comme le pyobacille du mouton, agent de la cachexie et des suppurations ovines. Le malade était un berger et cette infection semble constituer un fait exceptionnel de contamination professionnelle.

SÉANCE DU 15 DÉCEMBRE 1939

La tuberculose dans un groupe d'élèves infirmières. — M. B. Weill-Hallé apporte les résultats de l'enquête effectuée parmi les élèves de l'Ecole de Puériculture de la Faculté de Médecine pour préciser à la fois l'index tuberculinique à l'entrée et la fréquence des tuberculoses évolutives.

Sur 889 élèves, l'index tuberculinique d'entrée atteint 77,2 %.

Vingt-cinq élèves ont présenté des accidents de tuberculose, soit 5 seulement parmi les 686 élèves à cuti-réaction positive soit une morbidité de 0,7 %.

Au contraire, les 203 élèves contaminées au début de leurs études ont fourni 20 cas de tuberculose, soit une morbidité de 9,85 %.

La coïncidence d'une réaction positive déjà ancienne avec un état de santé satisfaisant est un gage de résistance.

L'auteur en tire une conclusion favorable à la vaccination parentérale au B. C. G. qui détermine sans aucun dommage le virage de la réaction antérieurement négative.

La communication du Dr Weill-Hallé a entraîné la discussion suivante :

Rist déclare qu'il pratiquait le B. C. G. chez les infirmières ayant une cuti négative. Il préconise une propagande auprès des élèves en médecine, et a constaté parmi les élèves venant d'être nommés qu'il se trouve encore

10 % de cuti négative. L'auteur déclare qu'il est inutile de vacciner au B. C. G. ceux qui ne sont pas exposés par leur profession.

Sergent. — L'auteur rappelle ses souvenirs de tournée en Amérique du Sud. Il a constaté des résultats extraordinaires. Il préconise le vaccin sous-cutané et non buccal.

Paraff déclare qu'il y a toujours une cuti positive après le B. C. G. Il s'élève contre la vaccination systématique du nouveau-né, cette vaccination ne pouvant être que relative.

Marchezy. — Les méningites tuberculeuses surviennent tout de même après un contageminima. Ne faudrait-il pas les vacciner au moment de la cuti négative. Faut-il revacciner quand la cuti redevient négative.

Rist déclare qu'un médecin de collectivité (externat, infirmières), la vaccination s'impose.

Médecin particulier : le médecin doit juger de la faculté du prédisposé.

Weill-Hallé répond à Marchezy qu'il a abandonné la vaccination buccale et qu'il précise qu'il faut revacciner quand la cuti est redevenue négative. Il n'y a d'après lui aucun inconvénient a revacciner.

Il répond à Rist et à Paraff.

La vaccination doit être très libérale chez les nouveau-nés (du huit au dixième jour).

Il n'y a pas d'inconvénients à une vaccination précoce.

Il conviendrait de vacciner les étudiants avant l'arrivée à l'hôpital.

M. Hillemand présente un malade atteint de masses lipomateuses abdominales.

Intérêt de la prémunition vaccinale par le B. C. G. des adolescents non contaminés. — M. B. Weill-Hallé expose la technique qu'il utilise actuellement pour la prophylaxie des élèves infirmières contre la tuberculose. Après avoir rappelé la vaccination par injection sous-cutanée qu'il avait adopté antérieurement, et sans aucun inconvénient, il présente un groupe de jeunes filles vaccinées par la méthode des scarifications.

La simplicité et l'innocuité de cette technique, l'obtention rapide de la réacion allergique sont de nature à favoriser l'extension de cette méthode prophylactique qui devrai, selon B. Weill-Hallé, être étendue à tous les jeunes gens non contaminés, étudiants en médecine, infirmières, apprentis, soldats blancs et de couleur, ces derniers si fragiles devant l'infection tuberculeuse.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

Jeudi 18 janvier. — Jury : MM. P. Duval, Lereboullet, Tanon, Laubry. — M. Couturier. A propos de 58 observations de tétanos aigu déclaré. — M. Pomès. Contrôle de surveillance des conserves alimentaires à l'armée. — M. Lajoinie. Le traitement par la para-amino-benzène sulfamide (1162 F) de la métrite blennorragique chez la femme marocaine. — M. Salmon. L'hôpital sanatorium moderne. Résultats obtenus dans le service Le Jouteux, à Tours. — M. Impériali. Contribution à l'étude du traitement du trachome par les dérivés sulfamidés. — M. Grigné. Contribution à l'étude de l'ouabaïne, médicament d'entretien des cardiopathies.

Mardi 23 janvier. — 1° Jury : MM. Balthazard, Jeannin, Tanon, Chevassu. — M. Caffiaux. Les facteurs sanguins M et N et leurs applications. — M. Pouzet. Contribution à l'étude des états éclamptiques et de leur traitement par les injections intraveineuses de sérum glucosé hypertonique. — M. Geny. Essai de synthèse des acquisitions modernes sur l'anesthésie en obstétrique. — M. Kropff. Contribution à l'étude de la technique des fonctions rachidiennes. — MM. Orliac, Sevestre. Contribution à l'étude des épidé-

mies familiales de pneumonie. — Brunois. Notions élémentaires et pratiques sur les toxiques de guerre. — M. Margat. Sur le traitement de la tuberculose de l'épididyme par la méthode Durante.

2° Jury : MM. Pierre Duval, Nobécourt, Lereboullet, Laignel-Lavastine. — M. Perrin. Contribution à l'étude des ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. — M. Luthreau. Contribution à l'étude de la néphrite hématurique, complication de la pneumonie chez l'enfant. — M. de Rudelle. A propos d'un cas de nanisme rénal avec polyurie, polydipsie et exophtalmie. — M. Bertrand-Charles-Louis. Essai de synthèse des conceptions pathogéniques du diastème interincisif médian supérieur. — M. Begon. Etude du meurtre chez l'enfant et chez l'adolescent. — M. Naudascher. Les psychoses délirantes d'involution. — M. Prinet. Contribution à l'étude clinique des troubles pschiques de la maladie de Bouillaud. — M. Palmer. Contribution à l'étude du traitement des fractures pathologiques d'origine dentaire du maxillaire supérieur.

Mercredi 24 janvier. — 1° Jury : MM. Baudouin, Bonvière, Grégoire, Chiray. — M. Soula. Tachycardie paroxystique et méningite tuberculeuse. — M. Cesbron. Accès grave de tachycardie paroxystique traité par novocaïnisation du ganglion étoilé gauche. — M. Frinault. Eruption de naevi vasculaires dans un cas de cirrhose ictéro-ascitique. — M. Bachelot. Le grand voyage de François Bernier, médecin de la Faculté de Montpellier (1620-1688). — M. Cardon. A propos de deux cas de tumeurs malignes du rein d'origine embryonnaire chez l'enfant. — M. Poirier. Un cas d'iléus biliaire. — M. Germond. Galactosurie provoquée et troubles de l'élimination rénale.

2° Jury : MM. Loeper, Mathieu, Troisier, Mondor. — M. Koppel. Sur les troubles dyspeptiques consécutifs à la phrénicectomie. — Mme Lazard. Contribution à l'étude de certaines formes trompeuses de cancers du sein. — M. Favre. De l'asthme à la tuberculose ou de la tuberculose à l'asthme. — M. Goarin. Contribution à l'étude des kystes aériens chez l'enfant. — M. Allard. A propos d'un cas d'érythroblastose chez l'adulte. — M. Jupeau. Considérations psychologiques sur le reclassement social des tuberculeux sortant du sanatorium. — MM. Guillon, Yves, Honvilleur. Contribution à l'étude du pronostic de l'infarctus du myocarde. — M. Gluard. A propos de deux complications rares des corps étrangers des voies aériennes.

PRATIQUE MÉDICALE

L'ulcère gastro-duodénal

Les changements de régime obligatoirement imposés par les circonstances actuelles à une grande partie de la population aussi bien civile que militaire ont semblé déterminer une augmentation considérable du nombre des ulcères gastro-duodénaux, et cela a permis de constater l'efficacité du traitement biochimique de la maladie ulcéreuse gastro-duodénale, tel qu'il avait été préconisé par les Professeurs Aron et Weiss et qu'il est employé par la grande majorité des médecins et chirurgiens actuellement mobilisés.

On sait en effet que la thérapeutique de l'ulcère de l'estomac s'est considérablement modifiée dans ces dernières années et qu'on tend à utiliser de plus en plus les agents biochimiques, et en particulier l'histidine.

La laristine est une solution à 4 % de monochlorhydrate d'histidine chimiquement pure. Elle possède une action très efficace sur la poussée ulcéreuse aiguë. Cette période douloureuse est très rapidement calmée par les injections de ce médicament.

D'autre part, ce qui constitue l'intérêt primordial de cette thérapeutique, c'est son action manifeste sur le rythme et l'intensité des poussées ulcéreuses, mais il serait imprudent de demander à une seule cure de laristine un effet définitif, et il convient d'administrer aux ulcéreux des cures d'entretien deux à trois fois par an sans attendre le retour offensif de la maladie ulcéreuse gastro-duodénale (séries de 21 piqûres intramusculaires d'une ampoule de 5 cc. parfaitement indolores). La laristine réalise une thérapeutique immédiate, efficace et raisonnée de l'ulcus gastro-duodénal et si l'intervention est inévitable, elle place le malade dans les meilleures conditions et, enfin, après l'opération, elle est employée à titre préventif contre l'apparition de l'ulcère peptique jéjunal.

NOTES POUR L'INTERNAT

ERYSIPÈLE DE LA FACE (*Suite*) (1)

FORMES CLINIQUES. — Elles sont multiples et sans insister sur certains aspects assez rares, tels que :

L'*érysipèle serpigineux*, avec prolongements aberrants, irréguliers ;

L'*érysipèle ambulant*, qui quitte la face pour s'étendre aux membres.

Nous insisterons surtout sur :

1° Les formes a rechutes, relativement fréquentes, survenant dix à quinze jours après le premier érysipèle, et au même endroit. Aucun symptôme ne peut en faire prévoir la survenue; seule la persistance de la polynucléose sanguine ferait la preuve que l'infection streptococcique n'est point éteinte. Les manifestations cliniques de ces rechutes sont brutales, mais leur évolution est d'habitude plus brève que celle de la poussée initiale.

2° Les formes récidivantes sont généralement entretenues par une lésion des fosses nasales ou de la bouche. Les récidives sont en général courtes et bénignes ; l'*érysipèle cataménial*, récidivant à chaque période menstruelle, en est un exemple. C'est dans ces formes récidivantes qu'il peut rester comme séquelle un *œdème chronique* dur avec cartonnage de la peau, ce que d'aucuns appellent l'*érysipèle chronique*.

3° Les formes graves.

α *Au point de vue local :*

L'*érysipèle gangréneux* est dû à la compression mécanique des vaisseaux du tissu cellulaire par l'œdème, d'où une véritable nécrose ischémique.

L'érysipèle suppuré s'observe surtout à la paupière supérieure, et dans les régions qui possèdent un tissu cellulaire lâche. Il semble assez fréquent quand il y a plusieurs rechutes rapprochées.

β *Au point de vue général*, et ici le rôle du terrain domine la scène, ainsi que l'hypervirulence du streptocoque. Ce sont, à vrai dire, des formes rares, qui entraînent la mort dans les conditions variables :

— *Soit du fait d'une complication ;*

— *Soit du fait du terrain seul* sur lequel l'érysipèle apparaît.

LES COMPLICATIONS.

Locales. — Elles dépendent de la propagation de l'infection dermique aux muqueuses avoisinantes et aux organes voisins.

Ainsi s'expliquent :

Au niveau de l'œil : du chémosis, la gangrène des paupières, une thrombose des veines ophtalmiques ; à l'extrême, un phlegmon de l'orbite, toujours mortel.

Au niveau de la muqueuse digestive, on a cité la stomatite, la parotidite, l'angine de Ludwig, l'œsophagite aiguë.

Au niveau des voies respiratoires, les complications sont plus importantes :

Coryza purulent, compliqué de sinusite, d'otite.

Laryngite aiguë avec parfois œdème de la glotte.

Congestion pulmonaire ou *broncho-pneumonie*, qui semblent dues à l'exaltation de virulence du pneumocoque à l'occasion de l'infection streptococcique, qu'il faut différencier de

la pneumonie érysipélateuse

qui, elle, est *streptococcique ;* elle évolue en quelques jours, après un début insidieux, vers la mort ; le poumon congestionné est infiltré de leucocytes (pneumonie leucocytaire).

Générales. — Elle sont sous la dépendance du passage dans le sang du streptocoque.

Pour certains auteurs, ce passage serait relativement fréquent (1/3 des cas pour Lesné), si l'on pratiquait systématiquement l'hémoculture. Mais c'est seulement dans certain cas qu'il va pouvoir se fixer.

Surtout : sur l'endocarde : endocardite ulcéro-végétante érysipélateuse assez rare,

Ou endocardite simple, à type pseudo-rhumatismal, généralement mitrale.

Sur le rein : néphrite aiguë ou subaiguë à rechutes, du type *hématurique*, celle-ci relativement fréquente, de pronostic relativement bon.

Plus rarement, sur la plèvre : pleurésie séro-fibrineuse, exceptionnellement purulentes.

Sur le péricarde,

Sur les articulations : arthrites à type de pseudo-rhumatisme infectieux, rarement arthrite suppurée.

Sur le régime nerveux, où les méningites, les névraxites, les myélites signalées restent des raretés.

L'importance du terrain explique la réelle gravité de certains érysipèles. Ils sont les causes déclenchantes de l'évolution mortelle chez un certain nombre de sujets tarés ou débilités par une maladie chronique viscérale.

C'est ainsi que :

1° *Chez le diabétique*, l'érysipèle, volontiers gangréneux, déclenche souvent la poussée d'*acidose* précédant de peu le *coma* mortel.

2° *Chez l'hépatique, le cirrhotique*, il est volontiers ecchymotique, et cause de la poussée terminale d'*ictère grave.*

3° *Chez l'alcoolique*, il est toujours hyperpyrétique, et ses signes passent au second plan derrière l'intensité des manifestations nerveuses, où la crise de *délirium tremens* est de beaucoup la plus fréquente.

4° *Chez le vieillard*, son évolution est, à l'opposé, *très insidieuse* mais, malgré la bénignité apparente de la lésion locale et le caractère atténué des réactions générales, l'adynamie est extrême, la langue rôtie, et c'est de *défaillance cardiaque* que meurt le malade.

5° *Chez le nourrisson*, il a une tendance extensive manifeste et se complique de manifestations viscérales, bronco-pneumoniques en particulier, qui entraînent la mort.

6° *Chez la femme enceinte* ou *l'accouchée*, tout en étant assez grave, il est cependant rare qu'il se complique d'infection puerpérale contrairement au dogme classique.

(*A suivre.*)

Guy Le Sueur

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux*, 1940, nos 7-8.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

MALADIE VEINEUSE ET SES COMPLICATIONS

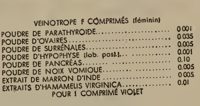


VEINOTROPE M COMPRIMES (masculin)

POUDRE DE PARATHYROIDE	0.001
POUDRE ORCHITIQUE	0.035
POUDRE DE SURRÉNALES	0.005
POUDRE D'HYPOPHYSE (lob. post.)	0.001
POUDRE DE PANCRÉAS	0.10
POUDRE DE NOIX VOMIQUE	0.005
EXTRAIT DE MARRON D'INDE	0.005
EXTRAIT D'HAMAMELIS VIRGINICA	0.01

POUR 1 COMPRIMÉ ROUGE





VEINOTROPE F COMPRIMÉS (féminin)

POUDRE DE PARATHYROIDE	0.001
POUDRE D'OVAIRES	0.035
POUDRE DE SURRÉNALES	0.005
POUDRE D'HYPOPHYSE (lob. post.)	0.001
POUDRE DE PANCRÉAS	0.10
POUDRE DE NOIX VOMIQUE	0.005
EXTRAIT DE MARRON D'INDE	0.005
EXTRAITS D'HAMAMELIS VIRGINICA	0.01

POUR 1 COMPRIMÉ VIOLET

COMPRIMÉS : 2 AU LEVER ET 2 AU COUCHER, OU SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE. 3 SEMAINES PAR MOIS.

VEINOTROPE POUDRE

EXTRAIT EMBRYONNAIRE	1 gr.
PROTÉOSES HYPOTENSIVES DU PANCRÉAS	3 gr.
CALOMEL	4 gr.
TALC STÉRILE. O. S. pour.	100 gr.

POUDRE : TRAITEMENT DES ULCÈRES SIMPLES ET VARIQUEUX, DES PLAIES EN GÉNÉRAL

LABORATOIRES LOBICA
~~46, AVENUE DES TERNES - PARIS~~
25, RUE JASMIN - PARIS (16e)

EUPHORYL

Cachets - Dragées - Intraveineux - Intramusculaire

Dermatoses
— Prurits —
Anaphylaxies
Intoxications

Cas moyens : *3 Cachets par Jour*
Cas aigus : *3 Injections intraveineuses par semaine*

SALICYLATE SURACTIVÉ "ANA"

Affections Rhumatismales
Algies - Infections
Troubles Hépatiques

Solution { ½ cuil. à café mesure ou 70 gouttes } = 1 gr.
Dragées Glutinisées : (dosées à 0 gr. 50) 2 dragées = 1 gr.
Intraveineux : 10 cc. = 1 gr.

EUPHORYL INFANTILE

(Granulé soluble)

Troubles Hépato-digestifs de l'Enfance
Dermatoses - Anaphylaxies

1 Cuillerée à Café par Année d'Age

HIRUDINASE

(Dragées)

Affections veineuses
Infections Vasculaires
(Prophylaxie et Traitement)
Troubles menstruels
Aménorrhées - Dysménorrhées

4 à 6 Dragées par Jour
(10 jours avant la date des règles)

transférés pour la durée des hostilités :

LABORATOIRES "ANA" DE PARIS ANA 34, Av. Victor-Hugo, PARTHENAY (D.-S.)

25

N°s 13-14. — 14-17 FEVRIER 1940. 113e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la Faculté de Médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

: mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

Publicité : M. A. Thiollier, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — M. Madier chirurgien des hôpitaux, démobilisé, a repris son service à l'*hospice des Ménages* le lundi 12 courant.

La *maternité de Bretonneau*, ouverte depuis le 20 janvier 1940, est assurée par M. Guéniot.

A l'*hôpital Lariboisière*, un service chirurgical est ouvert depuis le 1er février 1940 ; il est assuré par M. M. Moulonguet, chirurgien des hôpitaux, démobilisé.

Faculté de Médecine de Paris. — *Médecine opératoire.* — Afin de permettre aux étudiants de la classe 1939/2e de subir leurs examens à la session spéciale du 11 au 16 mars, les travaux pratiques de médecine opératoire prévus du 1er au 21 mars ont été avancés au samedi 17 février et continueront jusqu'au samedi 9 mars inclus.

Pharmacologie. — MM. les Etudiants de 4e année sont informés qu'une série supplémentaire des travaux pratiques de pharmacologie aura lieu du 1er au 9 mars. Ensemble : 8 séances.

Les étudiants qui n'auraient pas obtenu une note satisfaisante ou qui auraient eu des absences sont invités à participer à ces travaux.

— *Manœuvres obstétricales.* — En vue de permettre aux étudiants de la classe 1939/2e de subir leurs examens à la session spéciale du 11 au 16 mars, les travaux pratiques des *manœuvres obstétricales* prévus du 18 au 23 mars ont été avancés au lundi 4 mars, et continueront les 5, 6, 7 et 8 mars inclus.

Légion d'honneur. — Guerre (*réserve*).

Sont promus ou nommés (officiers rayés des cadres) :
Officier : MM. Thésée, Trouve, Gardiol, Even, Robin.
Chevalier : MM. Camboulives, Merlet.
Sont inscrits au tableau spécial :
Pour officier : MM. Hamou, Cœurdevey.
Pour chevalier : MM. Parres, Darricarrère.

Guerre. — 1° Sont nommés dans les cadres des officiers de réserve du Service de Santé les officiers retraités :

MM. les médecins colonels retraités : Charton, Dizac.

MM. les médecins lieutenants-colonels retraités : Larroque, Renoux.

2° Sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de Santé les officiers de réserve titulaires du diplôme de docteur en médecine :

Médecin commandant. — M. le pharmacien commandant Dehorter.

Médecin lieutenant. — M. le pharmacien lieutenant Lafont.

3° Est nommé médecin sous-lieutenant de réserve :

M. Kernec, lieutenant de réserve d'artillerie, titulaire du diplôme de docteur en médecine.

4° Sont réintégrés dans les cadres des officiers de réserve du Service de Santé les officiers de réserve, rayés des cadres :

Médecin capitaine. — MM. Crussaire, Dupechez.

Médecin lieutenant. — MM. Guinaudeau, Boutiron.

5° Sont promus dans les cadres des officiers de réserve du Service de Santé :

Médecin lieutenant. — MM. les médecins sous-lieutenants :

Christophe, Lamy, Albrecht, Lenormant, Grempler, Gendrot, Lefebvre, Schwarcz, Laroque, Fangous, Agostini, Bouger, Chouraqui, Bailey.

— Le *Jorunal Officiel* du 7 février 1940 publie un décret relatif aux conditions d'acceptation des libéralités faites à l'Etat pour les besoins du Service de Santé militaire.

Le décret règle la situation du personnel civil, masculin ou féminin, dont le concours peut être accepté.

Institut Carlo Forlanini. — M. Jean Troisier, professeur de clinique de la tuberculose à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'hôpital Laennec, a fait la semaine dernière une conférence à Rome. Dans le grand amphithéâtre de l'Institut Forlanini, que dirige notre éminent confrère et ami, le professeur Eugenio Morelli, M. Troisier a parlé de la primo-infection tuberculeuse chez l'adolescent.

CHRONIQUE

A. D. R. M.

(Association pour le développement des relations médicales)

Assemblée générale annuelle

La semaine dernière, dans la salle du Foyer des professeurs de la Faculté de Médecine s'est tenue — dans un climat d'austérité voulue — l'Assemblée générale annuelle de l'A. D. R. M.

A juste titre, le Conseil directeur avait tenu, en raison même des difficultés de l'heure présente, à prouver, plus que jamais, la nécessité de s'unir, d'échanger maîtres et élèves parmi les nations du monde entier qui, sur le plan médical, souhaitent la paix.

M. le professeur Tiffeneau, doyen de la Faculté, remercie M. Achard d'avoir accepté la présidence. Le professeur Achard n'incarne-t-il pas ces magnifiques traditions de dignité et de sacrifice qui font l'honneur de la profession médicale et que, depuis Hippocrate, les praticiens de notre art se transmettent de génération en génération ?...

Le doyen demande l'aide de l'A. D. R. M. pour poursuivre dans le sein de la Faculté l'œuvre déjà entreprise.

M. le professeur Henri Hartmann présente le compte rendu moral annuel de l'association et tient à envoyer à nos membres, actuellement aux armées, notre meilleure pensée avec l'espoir de les voir très prochainement revenir prendre place parmi nous.

Après avoir rendu hommage au dévouement et à l'activité de Mlle Huré qui ne cesse, au bureau de la salle Béclard, de recevoir et de renseigner des médecins de tous pays, M. Hartmann cite les professeurs qui sont venus nous apporter le meilleur d'eux-mêmes, tandis que les nôtres, MM. Brumpt, Leriche, Terrien, Oberling, Baillart, Onfray, Chiray, Joltrain, d'autres encore, allèrent à Londres, Bruxelles, Louvain, Québec, Liége, répandre la clarté de notre culture.

Etudiants tchèques, slovaques, polonais, hongrois, bulgares, yougoslaves ont dû écourter leur séjour auprès de notre Faculté. Leur présence fut un hommage à l'enseignement français.

« *Notre association va continuer à agir comme par le passé* », affirme, avec toute son énergie, M. Hartmann.

Le rapport financier de M. Lemaître (retenu aux armées) fut lu par Mlle Huré et approuvé par l'Assemblée.

M. Baudouin, secrétaire général, en l'absence de M. le professeur Achard, président, retenu à la chambre par la grippe, donna lecture de son discours.

M. Achard nous décrit un Paris un peu trop enveloppé d'un ample manteau d'ombre, mais où l'activité, à l'intérieur des maisons, n'est point ralentie ni la lumière obscurcie... », c'est ainsi qu'à l'A. D. R. M. on rencontre toujours, avec le même zèle, la souriante Mlle Huré et le professeur Hartmann, fondateur, directeur, animateur de cette belle œuvre... En « pèlerin d'Hippocrate ».

M. Achard insiste sur la nécessité des relations médicales internationales, la nécessité des voyages, la nécessité des Congrès.

M. Achard fait allusion à son voyage au Japon, où il représenta la France, lors de la fondation de la Mission franco-japonaise et de Paris à Tokio les relations furent « directes », basées sur le grand principe : « Savoir le vrai pour faire le bien ». — « Persécutions, déportations, exécutions, force brutale ne peuvent maîtriser la pensée », et ce fut la grande idée qui domina l'Assemblée générale de l'A. D. R. M. en cette fin durement hivernale d'un après-midi du 30 janvier 1940...

Molinéry.

RENSEIGNEMENTS


DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE
LES
2
MÉDICAMENTS
CARDIAQUES
ESSENTIELS
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
Laboratoires DEGLAUDE, 15, Bd. Pasteur, Paris-XVe
Médicaments cardiaques spécialisés

LES POSITIONS DE FONCTION DANS L'APPAREILLAGE DES MEMBRES EN CHIRURGIE DE GUERRE

Par M. Marcel Lance

Les notions que nous résumons ici sont bien connues de tous ceux qui se sont occupés de chirurgie orthopédique. Il nous a paru, à l'heure actuelle, utile de les résumer à l'usage des nouveaux venus à la chirurgie de guerre, ou des anciens qui auraient pu n'en avoir conservé qu'un souvenir lointain.

***

Chaque articulation possède une *position de repos*, qui correspond au relâchement des muscles, ligaments, et au maximum de la capacité articulaire (Bonnet). C'est celle que prend l'articulation pendant l'évolution d'une arthrite.

Ces attitudes, bien connués, se voient rarement dans les lésions articulaires par plaies de guerre, à cause de vastes délâbrements osseux, musculaires, vasculaires et nerveux qui les accompagnent.

Les segments de membres tendent à prendre des attitudes vicieuses qui échappent à toute description d'ensemble.

Ces attitudes vicieuses doivent être corrigées par l'appareillage, dès que des conditions d'hospitalisation le permettent. Si la lésion fait prévoir une terminaison par enraidissement ou ankylose, le membre doit être ramené et maintenu pendant tout le temps du traitement dans la position la plus favorable à sa fonction. C'est la *position de fonction*.

***

Positions de fonction au membre supérieur

Leur détermination a donné lieu à des discussions.

Ceci tient à la diversité des actes que le membre supérieur peut être appelé à fournir.

On peut les ramener à 2 groupes dont l'importance a été souvent mise en opposition :

1° Les actes de la vie courante communs à tous les individus (manger, s'habiller, écrire, etc.) qui nécessitent certaines attitudes, de la délicatesse et peu de force ;

2° Les actes professionnels très variés pouvant, dans beaucoup de cas, nécessiter une attitude très différente des précédents et réclamer une grande force.

Les actes de la vie courante ont une utilité évidente, mais, contrairement à l'opinion de certains auteurs, nous estimons qu'ils doivent passer au second plan pour deux raisons :

1° Avant de faciliter au blessé l'action de manger, il faut le mettre en état d'exercer sa profession et de gagner son pain.

2° Il est toujours facile d'accomplir les actes de la vie courante, si la mutilation n'atteint qu'un côté, au moyen du membre sain. Moyennant une certaine éducation, celui-ci doit devenir le membre droit pour un droitier, le membre gauche pour un gaucher. Il faut apprendre à manger, écrire, s'habiller avec le membre sain.

Pour chaque profession, certaines attitudes d'ankylose sont prohibitives alors que d'autres sont favorables. Il faut donc, *à l'avance*, les connaître et pouvoir en tenir compte dans l'appréciation de l'attitude à donner au segment lésé.



EPAULE

Position de repos. — C'est l'abduction en position moyenne (45°), en rotation indifférente (1) et l'humérus vertical sans projection en avant ni en arrière.

Dans les plaies de guerre de l'épaule, la position donnée d'urgence est celle du bras en écharpe, bras collé au corps, en rotation interne, coude fléchi, avant-bras et main ramenés devant le tronc. Cette attitude ne doit être que passagère pour deux raisons :

1° Elle ne met pas l'articulation et les muscles en relâchement et soulage incomplètement le blessé ;

2° Si le membre s'enraidit dans cette position, du fait de la rotation interne, de l'absence de projection en avant, de l'absence d'abduction, l'avant-bras et la main ne peuvent se déplacer que dans un plan parallèle au tronc.

La main ne peut atteindre ni la bouche, ni un objet sur une table devant lui.

L'« écharpé » (Broca) est un grand infirme.

Position de fonction. — Il découle de ce qui précède la nécessité de placer le membre en rotation indifférente, en projection en avant et en abduction, position que l'on obtient facilement avec les appareils genre Pouliquen, miss Gassette, Timbull Fischer, l'appareil universel de membre supérieur de Clavelin, et bien entendu toutes les variétés de plâtres (fenêtres, à anses, etc.).

Mais il y a des divergences sur l'étendue à donner à chacune de ces angulations.

La question est en effet complexe, car chacun des mouvements disparus dans la scapulo-humérale présente une compensation dans les déplacements de l'omoplate sur le tronc.

Nous supposons d'abord que ces mouvements sont intacts.

Pour la rotation, certains auteurs préconisent la rotation externe, même extrême. En réalité, l'humérus ne dépasse pas la rotation indifférente, au delà c'est l'omoplate qui bascule.

Pour la flexion ou projection en avant, elle est diversément appréciée (10° à 90°). Il nous paraît qu'une flexion de 25° à 30°, position dans laquelle la flexion du coude porte directement la main à la bouche est la meilleure ; une flexion moindre ne permet pas d'atteindre la bouche sans baisser la tête, une flexion plus grande ne permet pas au mutilé de se chausser. Ici la suppléance par élévation et bascule de l'omoplate est insignifiante.

(1) Nous appelons ainsi la position du bras dans laquelle le plan passant par l'épitochlée et l'épicondyle est transversal.

L'abduction à 45° classique en Allemagne, et préconisée par certains auteurs chez nous, est très insuffisante. L'expérience de l'arthrodèse de l'épaule dans la paralysie infantile a montré qu'une abduction à 70° et même 90° (Ombrédanne) donne des résultats supérieurs au point de vue étendue des mouvements. Il faut savoir que, par son poids, le bras se rapproche peu à peu du tronc, alors que l'omoplate bascule, la glène se portant en bas et en dehors, l'angle inférieur en bas et en dedans. C'est le redressement de l'omoplate par contraction des muscles scapulaires, en particulier le grand dentelé, qui imprimera au bras une abduction de 45°, qui s'ajoute à ce qui persiste de l'angulation entre le bras et le tronc.

On peut donc dire que, quand la suppléance par les mouvements de l'omoplate est intacte, la position de fonction de l'épaule est : rotation indifférente, flexion 30°, abduction 70°.

Mais en chirurgie de guerre, les délabrements s'étendent souvent à l'omoplate elle-même, aux muscles scapulaires, et la situation est bien différente d'une paralysie infantile avec paralysie isolée du deltoïde. Si l'étendue des lésions laisse prévoir que l'omoplate sera immobilisée sur le tronc, l'abduction du bras devra être limitée à 20 ou 30° maximum. L'ankylose du bras en position très écartée du tronc crécrait une gêne considérable.

Un mot seulement pour l'association d'une ankylose de l'épaule avec amputation du bras ou de l'avant-bras. L'expérience des centres d'appareillage montrant que de tels mutilés n'utilisent jamais un appareil de travail, la position à donner au moignon est celle du bras de parade : léger écartement du tronc, pas de rotation ni de projection en avant.

*
**

COUDE

Position de repos. — Extension à 135° et pronation.

Position de fonction. — Nous n'envisagerons ici que la flexion-extension.

Sa suppression ou sa limitation sont extrêmement fréquentes dans les plaies de guerre parce que l'articulation est très serrée, que les trois os qui la composent peuvent être intéressés à la fois, et enfin parce que les lésions des muscles fléchisseurs (biceps, brachial antérieur) sont souvent suivis de rétractions cicatricielles étendues.

La position de fonction classique est la flexion à 90°.

On a beaucoup discuté à ce sujet ; certains préconisent l'angle aigu (80°), d'autres l'angle obtus (110 à 130°).

Nous avons fait des recherches à ce sujet, et voici les conclusions auxquelles nous sommes arrivés :

1° Tout ankylosé du coude doit s'adapter à se servir du bras sain comme bras droit.

2° Les positions de flexion donnent un moindre rendement en force que les positions en extension.

3° On peut diviser selon les actes à remplir, actes de la vie courante ou professionnels, les ankylosés en trois groupes :

a) La flexion à 80° est préférable chez les femmes sans profession, ou les femmes travaillant de l'aiguille ; chez les hommes, dans les professions libérales, fonctionnaires, musiciens et certaines professions manuelles nécessitant peu de force (cordonniers, tailleurs, horlogers).

b) L'ankylose à 90° est à choisir dans d'autres professions : menuisier, serrurier, mécanicien, boulanger.

c) L'ankylose à 120° ou 130° est préférable pour tous les travaux de force : manœuvres, tous les travailleurs de la terre, forgerons, livreurs.

Dans le cas d'ankylose bilatérale du coude, le côté droit sera fixé à 90°, le gauche à 130°.

L'appareillage doit donc viser à maintenir le coude dans l'attitude qui convient le mieux à sa condition sociale, sa profession, ce qui est facile avec tous les genres d'appareils (gouttières, appareils à extension continue, plâtres).

Doivent être absolument proscrites les flexions du coude au delà de 80° ou l'extension en deçà de 130° ; une ankylose en de telles attitudes vicieuses entraînerait la nécessité d'un traitement correcteur.

*
**

AVANT-BRAS. — PRO-SUPINATION

Position de repos. — C'est la pronation.

Position de fonction. — La disparition des mouvements de pro-supination peut être due à deux sortes de lésions :

1° L'ankylose de l'articulation radio-cubitale au coude, ou celle beaucoup plus rare de l'articulation radio-cubitale au poignet ;

2° Les fractures des deux os de l'avant-bras vicieusement consolidés avec décalage des fragments, la synostose radio-cubitale par un cal, ou enfin l'englobement des deux os dans un bloc cicatriciel des tissus de l'avant-bras.

Ce qui est à éviter avant tout dans l'appareillage, c'est la pronation. La fixation en pronation constitue une infirmité considérable, d'autant plus que la compensation obtenue par l'adduction du bras et rotation externe de l'épaule est limitée.

La position de fonction classique est la position intermédiaire entre la pronation et la supination.

Ce n'est pas à notre avis la meilleure dans tous les cas.

Si elle permet d'effectuer tous les actes de la vie courante et des professions intellectuelles, il n'en est pas de même dans certaines professions manuelles (jardinier, terrassier, mécanicien, serrurier, menuisier, etc.) dans lesquelles la supination est très utile (Boppe).

Sans aller jusqu'à préconiser ici la supination complète, une supination modérée, facilement compensée par l'abduction du bras et la rotation interne de l'épaule est à recommander. L'appareillage en supination complète est exigé dans un seul cas, dans la fracture de la diaphyse de l'un ou des deux os de l'avant-bras, pour éviter le décalage. Dans ce cas, l'appareil employé, gouttière plâtrée en général, doit

obligatoirement englober le coude fléchi et la paume de la main jusqu'à la racine des doigts, le pouce sortant par un orifice du plâtre, le poignet en légère hyperextension. De cette manière, la supination complète peut être maintenue tout en permettant la mobilisation des doigts et celle de l'épaule.

Nous rappelons que dans tous les cas d'appareillage d'avant-bras, le poignet et la paume de la main doivent être compris dans l'appareil : poignet relevé en hyperextension, pouce écarté. Dans le cas de lésions importantes des masses musculaires antérieures, avec tendance à la rétraction en flexion des doigts, une raquette de métal sera incluse dans le plâtre pour permettre une traction caoutchoutée portant sur les cinq doigts (appareillage employé dans le syndrome de Volkmann).

*
**

POIGNET ET MAIN

Position de repos. — Demi-flexion du poignet et des doigts, pouce en opposition.

Position de fonction — L'étude de la position de fonction du poignet est inséparable de celle de la main. C'est le fonctionnement optimum de la main qui régit la position du poignet.

De plus, le poignet, région de passage, est rarement, en chirurgie de guerre, frappé d'ankylose sans des lésions tendineuses, nerveuses, cicatricielles lésant plus ou moins profondément les fonctions de la main.

Ces fonctions, qui sont d'une variété infinie, peuvent, pour les actes de la vie courante, comme pour les actes professionnels, être grossièrement ramenés à quatre :

1° La poussée de la paume (pousser un charriot, une table) ;

2° La préhension d'objets volumineux, l'empaumement (bouteille, verre, manche d'outil, machine, etc.).

3° La préhension fine de petits objets, la pince (aiguille, stylo, crayon, allumette).

4° L'accrochage d'objets plus ou moins lourds aux quatre derniers doigts fléchis, pouce écarté (porter un paquet, une valise).

Dans les trois premiers de ces mouvements, la flexion dorsale du poignet est indispensable. Dans tous les actes nécessitant une flexion énergique des doigts, l'hyperextension est utile, car c'est dans cette attitude que la contraction des fléchisseurs des doigts présente son maximum de puissance.

Donc, pour le poignet, la position vicieuse à éviter est la flexion, position de repos, que le blessé a tendance à prendre si le poignet n'est pas contenu dans l'appareillage (écharpe, gouttière, plâtre).

La position en rectitude est déjà préférable, mais la position la meilleure dans l'appareillage est l'hyperextension à 45°.

La position de fonction des doigts demande à être envisagée séparément pour les quatre derniers doigts et pour le pouce.

Pour la préhension grossière ou fine, la position optima des doigts enraidis est la demi-flexion (60°).

Pour la poussée de la paume, une flexion moindre conviendrait et, pour l'accrochage, une flexion plus marquée. Mais la fonction de la préhension est de beaucoup prédominante, aussi bien dans les actes de la vie courante que professionnels, aussi est-ce la demi-flexion qui reste la position de choix.

Mais c'est la position du pouce qui joue le rôle capital dans l'acte de préhension et qui domine l'utilisation de la main. La conservation à outrance du pouce, quel que soit son état, est un dogme en chirurgie.

Un pouce ankylosé en adduction dans la paume de la main, non seulement ne sert à rien, mais est gênant pour la pulsion de la paume, l'accrochage et la prothèse (pouce postiche s'opposant aux doigts ayant conservé la flexion).

Un pouce enraidi, allongé et collé contre les autres doigts comme il advient si la main a été longtemps maintenue à plat sur une attelle, avec un bandage serré, ne sert à rien pour la préhension.

Un moignon enraidi, même minime, au contraire, est d'une utilité inappréciable s'il est en bonne position.

La position de choix du pouce dans l'appareillage de la main doit être l'écartement de la paume, en opposition et flexion légère de la phalange.

L'opposition, qu'il ne faut pas confondre avec l'adduction, laquelle se passe dans le plan de la paume de la main, est un mouvement complexe.

Elle comporte d'abord un écartement du pouce étendu (abduction), puis un pivotement du premier métarsien de dehors en dedans, amenant la face palmaire de la phalange, qui se fléchit, en face de la face palmaire des premiers doigts. Il est à remarquer que ce mouvement est d'autant plus facile à exécuter que le poignet est relevé (H. Rocher).

Au total, la position de fonction pour le poignet et la main se résume à ceci : poignet en flexion dorsale à 45°, doigts en demi-flexion, pouce écarté et en opposition.

Il ne faut pas croire que ce soit une position difficile à obtenir par l'appareillage. C'est celle que prendrait naturellement la main et le poignet quand on tient une grosse boule. Il est donc très facile de la réaliser par un appareil simple : une attelle palmaire coudée au niveau du poignet, s'arrêtant à la partie moyenne de la paume de la main et, au-dessous de l'attelle, une grosse boule de coton sur laquelle viennent s'infléchir les doigts et le pouce écartés.

Naturellement, cette position de fonction ne s'adresse pas à tous les cas, et, loin d'avoir à favoriser la flexion des doigts on a souvent à lutter contre leur tendance à se mettre en flexion exagérée, ce sont *les griffes*. Les unes sont dues à la rétraction des muscles fléchisseurs lésés à l'avant-bras, analogues au syndrome de Wolkmann, les autres sont dus aux lésions des nerfs, en particulier du cubital (griffe du 4e et 5e doigt). On aura, dès le début, à lutter contre cette tendance et à tâcher, par l'appareillage, de maintenir le maximum d'extension des doigts.

Telles sont, dans leurs grandes lignes, les notions qui doivent guider dans l'appareillage du membre supérieur.

Il est classique de dire que, si au membre supérieur la mobilité prime tout, au membre inférieur la solidité est la qualité primordiale.

Ainsi, tandis qu'au membre supérieur la conservation de mouvements, même minimes, dans un coude, un ou deux doigts, constitue un avantage inappréciable, au membre inférieur une ankylose complète en bonne position est bien souvent supérieure à une ankylose incomplète. Cette dernière est, en effet, souvent douloureuse, et surtout tend à entraîner progressivement le membre dans une position vicieuse par prédominance de certains groupes musculaires, exagération d'une angulation normale, attitudes professionnelles (position assise prolongée, etc.).

Les positions favorables des ankyloses des divers segments du membre inférieur semblent faciles à déterminer : autant le membre supérieur a à faire face à des actes variés, autant ceux-ci semblent peu nombreux pour le membre inférieur (station debout, assise, marche en terrain plat, varié, montée et descente des escaliers, course, saut). Et surtout on ne trouve pas ici, comme au membre supérieur, une dualité d'actes ayant parfois des exigences opposées, entre la vie courante et la vie professionnelle. Ici, ils se confondent.

L'ankylose d'une ou plusieurs articulations du membre inférieur doit envisager la conservation d'une angulation permettant la station debout et la marche. La difficulté de la position assise est résolue par des sièges spéciaux, et celle de la montée et descente des escaliers par l'utilisation du membre opposé.

Dans le calcul de la position à donner au segment de membre, il ne faut pas oublier l'interaction des divers segments du membre inférieur l'un sur l'autre. Par exemple, la flexion de la hanche entraîne la flexion du genou et l'équinisme du pied; l'adduction de la hanche un genu valgum correcteur et un pied valgus, etc.

Un autre facteur qui devra entrer dans l'appréciation de l'attitude à donner sera la présence ou non d'un raccourcissement du membre.

Enfin, l'élément douleur joue un rôle très important dans la possibilité de la sustentation et de la marche. A ce point de vue, en chirurgie de guerre, les lésions du pied prennent une importance capitale : positions vicieuses, ankyloses incomplètes, cicatrices plantaires douloureuses, etc.



HANCHE

Position de repos. — Abduction, rotation externe et flexion légères.

Position de fonction. — Classiquement, c'est la rectitude sans flexion, ni abduction, ni rotation.

Cette attitude constitue, si la lésion n'a pas amené de raccourcissement, un membre trop long.

Le malade accroche les saillies du sol. Pour l'éviter, une différence de longueur de 15 à 20 millimètres est indispensable. Elle peut être demandée à une surélévation du soulier du côté sain, ce que néglige ordinairement le mutilé qui alors marche en fauchant.

Une flexion légère (10°), recommandée par V. Ménard, procure ce léger raccourcissement et facilite beaucoup l'action de s'asseoir, de monter les escaliers. On doit limiter son emploi, ankyloses très serrées, sans quoi la flexion a tendance à s'exagérer surtout si la profession du blessé exige la position assise prolongée.

La position en adduction raccourcit aussi le membre, car, pour ramener les deux membres au parallélisme nécessaire à la marche, le malade est obligé de surélever le bassin du côté ankylosé, ce qui, pratiquement, amène un raccourcissement. Mais l'adduction de la hanche est à éviter à tout prix. Elle constitue chez la femme une gêne aux fonctions génitales, à la maternité et surtout chez tous une invincible tendance à la progression.

Celle-ci s'explique par la prédominance des adducteurs sur les abducteurs par le porte-à-faux du poids du corps dans la station debout (fermeture de l'angle aigu formé par le fémur et le bassin), enfin par la fâcheuse propension des malades à corriger par un soulier de plus en plus haut le raccourcissement dû à l'adduction, créant ainsi un membre trop long qui augmente la déformation. Quand l'adduction atteint un certain degré, la marche en porte-à-faux devient douloureuse, et entraîne la nécessité d'une correction, le plus souvent opératoire (ostéotomie de direction).

L'adduction doit donc être combattue par tous les moyens, dont le meilleur est la prévention en maintenant dans l'appareillage le membre en abduction légère (5 à 10° maximum).

L'ankylose en abduction a l'inconvénient, par l'abaissement compensateur du bassin, de créer un membre trop long, si celui-ci n'a pas de raccourcissement.

Mais si cette éventualité se rencontre en pratique civile (arthrite de la hanche), il n'en est pas de même en chirurgie de guerre. Les rares blessés qui ont survécu aux gros délabrements de la racine de la cuisse et du bassin, se présentent rarement avec une ankylose de la hanche sans un grand raccourcissement (résection de la hanche, esquillectomie). Ici, avec un raccourcissement important, dépassant 2 centimètres, le membre doit être appareillé en abduction. Mais celle-ci, quel que soit le raccourcissement, ne doit pas dépasser 15°.

Au delà, la bascule correctrice du bassin devient pénible, le mutilé marche avec le membre écarté et un balancement du tronc, démarche disgracieuse et fatigante.

En résumé, la *hanche doit être appareillée en flexion légère* (10°) *si le membre ne présente pas de raccourcissement, en rectitude si le raccourcissement est de* 15 *à* 20 *millimètres, et en abduction ne dépassant pas* 15° *en présence d'un raccourcissement plus élevé.*

On sait que, dans l'appareillage de la hanche la position est très difficile à maintenir : le bassin bascule comme le fléau d'une balance. C'est pourquoi, si l'on utilise l'extension continue par bandes collées, il est de règle de l'établir sur les deux membres, si l'on utilise la traction dans un cadre métallique, il vaut mieux se servir de ceux présentant un appui sur l'ischion du côté opposé (attelles pelvi-crurales types Picot, Patel, Rouvillois). Si l'on emploie l'appareil plâtré, celui-ci devra être fait en attitude correcte sur une table orthopédique et une extension installée sur le côté sain, ou mieux celui-ci participe à l'immo-

bilisation au moyen d'une botte plâtrée réunie au côté malade par des traverses en bois (plâtre à échelle).

Il ne faut pas oublier que, après amputation de cuisse, le moignon a tendance à se dévier en flexion abduction, tendance contre laquelle il faut lutter par extension continue, sinon un moignon court pourrait devenir inappareillable.

***

GENOU

Position de repos. — La demi-flexion.

Position de fonction. — La rectitude.

Il faut ici distinguer entre l'ankylose complète et la raideur articulaire.

Dans l'ankylose complète avec raccourcissement, dont le type est le genou réséqué, la rectitude complète, et même une très légère hyperextension qui favorise l'équilibre du corps, est parfaite.

L'ankylose complète en rectitude sans raccourcissement, donne un membre trop long, surtout s'il s'y ajoute, comme c'est malheureusement la règle chez les malades qui ont été longtemps immobilisés au lit, un certain degré d'équinisme du pied. Il en résulte la nécessité d'une marche avec le membre en abduction et rotation externe qui est disgracieuse et fatigante. L'ankylose en flexion légère (15°) est bien préférable, elle raccourcit le membre, mais elle a des inconvénients ; s'il existe de l'équinisme, géométriquement, elle l'augmente ; si l'ankylose n'est pas absolument complète, la flexion risque de s'exagérer ; si elle n'est pas maintenue par un appareil rigide.

En tout cas, l'appareillage d'un genou ne doit jamais être fait en rectitude absolue, un très léger degré de flexion doit être ménagé si on ne veut pas voir à la longue les ligaments postérieurs du genou se distendre et la rectitude se transformer d'un appareil sur l'autre en hyperextension. Les Berckois connaissent bien ces genu recurvatum consécutifs aux plâtres de coxalgie faits en « rectitude » du genou.

Les raideurs articulaires du genou sont très fréquentes, à la suite d'appareillage.

Tout le monde sait que lorsque l'on fait un grand appareil plâtré pelvi-pédieux pour une lésion de la hanche, le genou s'enraidit très vite et qu'à la sortie d'appareil les mouvements de la hanche lésée reviennent bien plus vite que ceux du genou simplement immobilisé.

D'où cette règle, lorsque la chose est possible, de donner de façon précoce, au bout de quinze jours, un mois, des mouvements au genou. Il convient d'inclure dans le plâtre, au niveau du plâtre sectionné à ce niveau, deux articulations métalliques. Quelques mouvements de flexion minime (10, 15°) faits plusieurs fois par jour suffisent à empêcher l'enraidissement.

Un autre type d'ankylose incomplète est dû aux lésions des masses musculaires postérieures de la cuisse (séton)

Leur rétraction progressive entraîne la flexion progressive du genou. Il faut lutter contre cette tendance par une immobilisation très prolongée du genou en extension dans un appareil rigide.

Une ankylose incomplète en flexion s'accompagne d'un relâchement des ligaments latéraux avec valgus et rotation externe de la jambe. Elle nécessite le port d'un appareil de contention rigide.

Les moignons d'amputation de jambe tendent à se placer en flexion, ce qui constitue une gêne considérable pour la prothèse.

Une ankylose complète en demi-flexion rend le moignon inutilisable.

***

ARTICULATION TIBIO-TARSIENNE

Position de repos. — Sur le sujet couché : flexion plantaire (25° à 30°) ou équinisme, avec tendance au varus.

Position de fonction. — Classiquement, c'est la position du pied à 90° sur la jambe, position intermédiaire (neutre) entre la flexion plantaire et la flexion dorsale.

A notre avis, ceci n'est pas exact.

Nous avons déjà montré (1) *qu'une ankylose du cou-de-pied à 90° constitue un équinisme léger*, une impotence. En effet, dans la marche normale, la tibio-tarsienne ne reste pas immobile. Si dans le pas postérieur le pied reste aux environs de 90°, dans le pas antérieur, l'angle se ferme en flexion dorsale de 15 à 30° selon la longueur du pas, longueur commandée par l'étendue de la flexion dorsale possible.

Si le pied est ankylosé à 90°, cette flexion dorsale supprimée, on ne peut progresser que moyennant certains subterfuges :

1° Marche genou fléchi. Le flexion du genou relâche les jumeaux et dissimule l'équinisme qui doit toujours être recherché, le genou étendu.

2° Marche en rotation externe du membre.

3° Marche en poussant le pied devant soi et ramenant ensuite le membre sain à son niveau.

On a objecté que ce petit équinisme n'a pas d'intérêt car les schémas de la marche normale sont faits sur le sujet marchant nu-pieds. Pour obvier à ses inconvénients, il suffit de faire marcher sur des souliers à talon, un talon de 2 centimètres, corrigeant un équinisme de 15°. Ceci est exact en partie, mais ne supprime pas la gêne pour marcher en terrain accidenté, en montée, marcher en pantoufles, sandales, s'accroupir, etc.

En réalité, *la position de fonction est une légère flexion dorsale du pied à 10 ou 15°* qui facilite considérablement la marche.

L'équinisme est la déviation de beaucoup la plus fréquente du pied et on peut en distinguer 3 degrés :

1° Le grand équinisme (130, 140°), qui n'est compatible qu'avec la marche à béquilles, genou plié ;

2° Le moyen équinisme (120, 110°), dans lequel le pied repose au sol sur le talon antérieur et où la marche est possible avec des cannes ; il entraîne à la longue un recurvatum du genou de compensation ;

3° Le petit équinisme (90°), qui doit être recherché sur le sujet couché, genou allongé.

---

(1) Voir : Sur l'équinisme consécutif aux plaies de guerre, M. Lance. *Presse médicale*, n° 62, 8 nov. 1917.

Les causes de l'équinisme en chirurgie de guerre sont multiples.

Les lésions des muscles du mollet en sont une cause fréquente ; les lésions du triceps sural sont suivies d'une rétraction fibreuse progressive entraînant à la fois la flexion du genou et la flexion plantaire du pied. Aussi, est-il nécessaire de maintenir très longtemps le membre en gouttière, genou allongé et pied en légère flexion dorsale. Ceci est à peu près impossible à obtenir avec les gouttières du matériel (attelles de Bœckel, gouttières en fil de fer ou en aluminium), l'emploi de gouttières en plâtre bien moulées s'impose ici. De plus, ces blessés ne devront pas se lever avec béquilles ou canne tant que la cicatrisation n'aura pas été obtenue en bonne attitude.

L'équin peut aussi résulter de lésions à distance entraînant une attitude vicieuse du genou ou de la cuisse en flexion.

Mais l'équinisme résulte surtout de la position vicieuse qu'on laisse prendre au blessé soit au lit, soit debout.

Au lit, tout blessé du membre inférieur tend à mettre sa cuisse en demi-flexion, abduction, rotation externe, genou demi-fléchi, pied en équinisme.

Si le malade a le membre allongé, soit spontanément, soit par extension continue, le pied emporte par son propre poids, le poids des couvertures se fixe en équin. Les gouttières en fil de fer, en aluminium du matériel ont presque toutes le pied fixé en légère flexion plantaire et on doit les corriger avant de s'en servir. Il est très difficile de maintenir le pied même à 90°, *a fortiori* en flexion dorsale, sur une gouttière de Bœckel, le talon glisse et remonte.

Nous en avons fait construire jadis un modèle qui permet de prendre l'appui sur le talon antérieur du pied (*Société de Chirurgie*, séance du 27 mai 1917) et le maintient en bonne attitude.

Nous signalons un dispositif simple pour maintenir le pied en bonne attitude que l'on trouvera figuré dans l'article signalé plus haut :

« On prépare avec un fil galvanisé de 4 à 5 milli-
« mètres de section une anse que l'on plie à 80° sur
« une longueur plus grande que celle du pied. On
« inclut cette anse dans le pansement, son extrémité
« dépassant de 5 à 10 centimètres le bout du pied.
« Le couvertures appuyant sur ce cerceau ne peu-
« vent que maintenir ou augmenter la flexion du pied.
« On perfectionne l'appareil en ménageant sur l'anse
« deux ailerons latéraux qui assurent la stabilité du
« pied ».

Il va de soi que les gouttières plâtrées doivent être faites le pied en légère flexion dorsale et que, dans les extensions continues, cette attitude est obtenue par une bande collée sous la plante du pied et une traction avec des poids.

Mais c'est surtout, lorsque le blessé se remet debout, l'*emploi des béquilles qui constitue la cause ordinaire de l'équinisme.* Les béquilles ne sont pas un appareil d'entraînement, mais un appareil de prothèse qui devrait presque exclusivement être réservé aux amputés.

La possibilité de se lever sans appuyer le pied au sol, genou fléchi, pied pendant, *crée le béquillard.* En principe, tout blessé du membre inférieur ne doit pas être levé avant la cicatrisation complète de sa lésion et une rééducation de la marche. Il doit être en état de poser le pied à plat sur le sol et de marcher correctement. Pour cette rééducation, que nous ne pouvons exposer ici, nous nous servons depuis de longues années de petits tréteaux à 4 pieds, très légers qui servent de cannes aux malades.

***

PIED

Pour qu'un pied blessé ou mutilé soit utilisable pour la marche, il doit remplir certaines conditions :

1° Conservation des aplombs normaux ;

2° Conservation de la voûte plantaire dont la clef est le cuboïde.

3° Ne pas présenter de cicatrice douloureuse au niveau des appuis au sol ou au soulier.

Il faut bien savoir qu'un pied ankylosé en mauvaise position réclame toujours un appareillage complexe, souvent mal toléré et que les mutilés préfèrent presque toujours la marche à béquille à une opération secondaire de correction.

Quelle que soit la lésion du membre inférieur, pour laquelle on a été amené à immobiliser le pied, on a, outre l'équinisme, à lutter le plus souvent contre une tendance au varus.

C'est ce qu'on observe après les opérations sur l'arrière-pied, en particulier l'astragalectomie. Le pied sera maintenu très longtemps dans une demi-gouttière plâtrée postérieure ou si les lésions l'exigent un plâtre circulaire à anses. On lèvera tardivement le blessé dans une botte plâtrée, puis dans une de celluloïd, enfin dans un soulier à contrefort latéraux.

Les exérèses partielles du calcanéum, du cuboïde, du scaphoïde avec des cunéiformes, entraîne un effondrement de la voûte plantaire rendant le pied inutilisable si on n'y remédie très précocement par un appareillage prolongé et ensuite une chaussure spéciale.

Nous n'insisterons pas sur la tendance bien connue du moignon du « Chopart » pour faire de l'équinisme. Dans le « Ricard », très supérieur comme amputation de l'arrière-pied, on peut avoir à lutter contre la bascule en dedans du calcanéum.

***

ORTEILS

Position de repos. — Demi-flexion.

Position de fonction. — L'extension.

On a à éviter trois positions vicieuses fréquentes :

La déviation en flexion, la flexion avec hyperextension de la 1re phalange (orteil en marteau), le chevauchement.

La flexion, qui crée le pied en griffe, est souvent le résultat d'une faute d'appareillage qui consiste à laisser les orteils sans soutien en arrêtant attelles et plâtres au talon antérieur.

Les orteils en marteau et chevauchement peuvent résulter de pansements ou plâtres circulaires trop étroits. On les évitera le plus souvent en garnissant l'espace interdigital de petits bourdonnets de coton.

LE TRAITEMENT NEURO-TONIQUE DES TROUBLES DYSPEPTIQUES

On sait que la plupart des troubles dyspeptiques sont purement fonctionnels, indépendants de toute lésion et liés simplement au fonctionnement défectueux du système nerveux vago-sympathique qui commande aux mouvements et aux sécrétions de l'estomac. Un traitement neuro-tonique susceptible de remettre en équilibre le système vago-sympathique donne des résultats rapides et remarquables.

Ce traitement, autrefois difficile à manier parce que les alcaloïdes pourvus d'une action sur le système vago-sympathique, l'ésérine et l'atropine, sont d'une grande toxicité, est devenu très simple et se poursuit toujours sans incident depuis la découverte des génalcaloïdes de l'ésérine et de l'atropine, aussi efficaces mais infiniment moins toxiques.

Deux grands syndromes s'opposent qui possèdent maintenant leur médicament spécifique.

1° DYSPEPSIE ATONIQUE ET HYPOACIDE. — Le syndrome est caractérisé par du manque d'appétit et des digestions lentes et pénibles avec sensation de pesanteur et de ballonnement gastrique, lassitude, somnolence, vague malaise angoissant, bouffées de chaleur, palpitations parfois qui s'installent aussitôt la fin du repas.

L'examen clinique révèle un estomac légèrement ptosé qui clapote assez bas, des battements aortiques perceptibles à la palpation du creux épigastrique et la pression à ce niveau sur le plexus solaire est douloureuse. L'examen clinique montre de l'hypochlorhydrie.

Il s'agit d'insuffisance motrice et sécrétoire de l'estomac, manifestation d'hyperexcitabilité du sympathique gastrique.

LA GENÉSÉRINE, sédatif de l'hyperexcitabilité sympathique, réduit très rapidement l'ensemble des éléments de ce syndrome à la dose de 1 milligramme à 1 milligramme et demi, à chacun des trois repas, soit XX à XXX gouttes de la solution à 1,5 p. 1.000 ou deux à trois granules trois fois par jour.

2° DYSPEPSIE HYPERSTHÉNIQUE ET HYPERCHLORHYDRIQUE. — En revanche, d'autres sujets se plaignent de douleurs tardives qui surviennent une à trois heures après les repas et que calme momentanément l'ingestion des aliments. La douleur a les caractères des brûlures ou donne l'impression d'une crampe profonde. Elle est parfois transfixiante, irradiant dans le dos. Elle détermine des nausées, des renvois acides, parfois des vomissements. Ce syndrome trahit de l'hyperchlorhydrie et du spasme gastrique.

LA GENATROPINE, par son action paralysante sur le pneumogastrique, inhibe la sécrétion chlorhydrique et calme le spasme. Elle se prescrit à distance des repas, soit vers 10 heures du matin, 3 ou 4 heures de l'après-midi et 9 heures du soir, en principe au moment habituel des douleurs, à la dose moyenne de 1 milligramme, soit XX gouttes de la solution à 1,5 p. 1.000 ou deux granules deux ou trois fois par jour. Diminuer légèrement la dose si le médicament donne de la sécheresse accusée de la bouche.

La Génatropine est indiquée non seulement dans l'hyperchlorhydrie purement dyspeptique, mais encore lorsqu'elle est entretenue par un ulcère de l'estomac. Elle donne dans ce cas des résultats fonctionnels tout aussi nets et favorise la cicatrisation de l'ulcère mieux que n'importe quel autre traitement parce qu'elle le met à l'abri de l'action nocive des sécrétions acides de l'estomac.

3° SYNDROMES COMPLEXES. — Génésérine et Génatropine peuvent s'associer d'ailleurs lorsque se mêlent sur le même sujet certains des éléments de ces deux syndromes, ce qui n'est pas rare, lorsque s'associent par exemple des douleurs tardives au syndrome de la dyspepsie atonique, l'expérience montre que loin de s'annuler leurs bons effets s'ajoutent.

Il en est de même lorsque l'insuffisance gastrique des atoniques s'accompagne de troubles intestinaux tels que coliques, constipation d'origine spasmodique, signes d'entéro-colite, troubles contre lesquels de petites doses de Génatropine sont d'une efficacité remarquable.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 22 JANVIER 1940

Localisation et accélération par le froid des névrites de l'avitaminose B. — MM. Christian Champy et Roger Coujard. — L'idée que la *gelure des pieds* est un accident d'avitaminose a été émise par Bruntz et Spillmann. Cette conception a été vérifiée expérimentalement par MM. Champy et Coujard. Ils arrivent à cette conclusion qu'à la période de précarence B le froid provoque une accélération et une localisation des lésions névritiques.

Les phénomènes œdémateux (qu'on retrouve aussi dans certaines formes de béribéri humain) paraissent dépendre de névrites locales, ce qui est d'ailleurs l'opinion généralement admise.

Les accidents obtenus rappellent très exactement ceux de la gelure des pieds, et il est à croire qu'une précarence B joue un rôle important dans l'apparition de cette affection. Elle en explique les particularités épidémiologiques.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

SÉANCE DU 6 FÉVRIER 1940

M. le Président annonce le décès de MM. Hache (du Caire) et M. F. de Quervain (de Berne).

Rapport sur des demandes en autorisation de sérums. — M. Lemierre.

Projet de règlement d'administration publique pour la vente des médicaments antisyphilitiques. — M. Milian.

Contribution à l'étude d'une espèce thermophile d'actinomycétales isolée de conserves de viandes. — MM. A. Sartory et J. Meyer.

Propriétés des suspensions préparées à partir du tissu cérébral d'animaux morts d'encéphalite vaccinale. — M. J. Vieuchange, dans une note présentée par M. le professeur C. Levaditi, montre qu'il est possible de mettre en évidence, par la méthode des dilutions, la présence d'anticorps neutralisants dans le tissu cérébral d'animaux morts d'encéphalite vaccinale. Aux fortes concentrations, les suspensions de tissu infecté, déterminent, en inoculation intradermique au lapin, des réactions qui évoluent d'une façon accélérée. Cette évolution particulière contraste avec celle des lésions provoquées par l'inoculation soit de concentrations plus faibles de tissu infecté, soit de virus vaccinal lavé quel qu'en soit le titre. Il est possible en utilisant des mélanges de virus lavé et d'immunsérum en proportions définies, de déterminer, par injection intradermique, des réactions à évolution accélérée. Toutefois, l'auteur souligne certains faits qui conduisent à présumer qu'un « facteur toxique filtrable » est présent dans les lésions vaccinales et qu'une « substance antitoxique se trouve abondamment dans le sérum des animaux guéris et, en faible quantité, dans les extraits de tissu infecté.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 31 JANVIER 1940

Le président, M. Mocquot annonce la mort de Fritz de Quervain (de Berne), membre associé de cette Académie depuis 1924.

Schwannome. — M. Mondor rapporte un cas de schwannome qui correspond tout à fait à la description faite par M. Mathieu dans la séance précédente.

Un procédé d'ostéosynthèse vertébrale. — M. Mathieu rapporte un procédé d'ostéosynthèse vertébrale employé par M. Delchef, qui consiste à se servir de la crête iliaque comme greffon courbe.

M. Mathieu n'est pas tout à fait de cet avis et préfère les greffons rigides.

Activité d'une formation chirurgicale durant les premiers mois de la guerre. — M. Gueulette donne d'abord quelques chiffres sur la fréquence des plaies :

23 % de plaies par armes de guerre ;
27 % par accident.
50 % de cas chirurgicaux non traumatiques.

Il signale un nombre important d'appendicites aiguës et d'entorses.

Le pied de tranchée serait plus rare qu'au cours de la dernière guerre.

Les blessés sont amenés à l'hôpital dans un temps relativement court.

L'auteur signale que le plâtre occlusif n'a pas été employé et la suture primitive rarement.

M. Gueulette n'a pas eu de gazés, mais il a eu des blessés de l'abdomen par brûlures dues à des liquides caustiques.

A propos de cette communication, M. Roux-Berger prend la parole pour s'élever contre la tendance actuelle des jeunes chirurgiens militaires à employer la méthode espagnole, c'est-à-dire du plâtre circulaire, sans esquillectomie.

Il a pu se rendre compte des résultats, à son avis, désastreux.

M. Lenormant propose de faire des rapports séparés, car il n'est pas possible de discuter tous les sujets en même temps.

MM. Duval et Chevassu sont du même avis.

Traitement des blessures cranio-cérébrales de guerre par projectile. — MM. R. Garcin et Jean Guillaume classent les blessures cranio-cérébrales de guerre par projectile en trois catégories :

1° Les gros délabrements craniens, dans lesquels la boîte cranienne est ouverte ;

2° Les plaies pénétrantes à petit pertuis ;

3° Les blessures tangentielles respectant la dure-mère, mais provoquant une attrition des tissus cérébraux avec ou sans hématome.

Le délai qui peut exister entre la blessure et le moment où on la traite est de vingt-quatre heures, mais peut aller jusqu'à quarante-huit heures.

Dans les blessures de la première catégorie, il est nécessaire de se laisser guider par la plaie.

Dans les cas de la deuxième catégorie, les auteurs ont toujours employé la *technique du volet ostéo-plastique* de De Martel, en faisant toujours auparavant une radiographie.

Les auteurs ont fait des recherches sur la densité microbienne à l'entrée et à la sortie du projectile et sur ce projectile lui-même.

Ils ont constaté que la densité microbienne la plus élevée était celle du projectile, d'où la nécessité de toujours faire l'extraction.

L'emploi systématique des sulfamides leur a donné d'excellents résultats.

Les blessés de la troisième catégorie sont, à leur avis, bien différents des autres, car ils sont presque toujours dans un état commotionnel grave.

Si on constate que la dure-mère est couleur lie de vin,

c'est qu'il existe un hématome au-dessous et il faut l'inciser, de même si elle ne bat plus, car dans ce cas il existe un œdème sous-jacent. Il faut pratiquer l'excision des tissus attris.

M. Lenormant demande à M. Garcin au bout de combien de temps les blessés peuvent être évacués.

M. Garcin pense que le délai le meilleur est trois semaines et que le délai minimum est de quinze jours.

Il apparaît donc actuellement que la neuro-chirurgie aux armées est en voie de devenir une réalité pour le plus grand bien de nos blessés. Les résultats obtenus par les auteurs dans une formation de l'avant montrent d'ores et déjà ce qu'on peut en espérer.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 12 JANVIER 1940

Discours d'adieu du président Lereboullet ; **discours** d'entrée en fonctions du professeur Laignel-Lavastine.

Installation des nouveaux secrétaires : Mme Roudinesco, M. Boude.

Allocution de M. Gauthier, obligé par la mobilisation de se démettre de ses fonctions de secrétaire général.

Installation provisoire, à titre de secrétaire, de M. Ribadeau-Dumas, et de M. Etienne Chabrol, trésorier.

Résultats éloignés des gastrectomies pour ulcères gastro-duodénaux. — MM. Brulé, P. Hillemand et Loupias. — Résultats obtenus par la gastrectomie dans 2 groupes de malades : le premier groupe constitué par 50 malades gastrectomisés entre 1930 et 1936 par le même chirurgien ; le second constitué par 46 malades étudiés au centre de réforme de Paris et opérés par des chirurgiens divers.

56 à 67 % des opérés n'ont plus de grands syndromes douloureux ; 13 à 83 % d'entre eux accusent des troubles digestifs légers ; 12 à 30 % de la diarrhée.

Ils n'ont pas encore rencontré d'ulcère peptique, mais ont été frappés de la fréquence de petits syndromes anémiques qui se retrouvent chez 59 % des opérés ; chez 20 % des malades existe une anémie hypochrome.

M. Chabrol. — Le diagnostic a-t-il toujours été fait de façon certaine ? Un malade opéré pour *ulcus gastro-duodénal*, et qui serait indemne, pourrait présenter quelques troubles post-opératoires. C'est une loi physiologique.

Spirochétose ictéro-hémorragique ayant débuté par paraplégie flasque. — MM. Brulé, P. Hillemand, I. Bertrand Woluntz et Gruner rapportent l'observation d'un malade entré dans leur service avec une paraplégie flasque survenue brutalement ; en quarante-huit heures, les signes paraplégiques s'amendent pendant qu'apparaissait un ictère grave spirochétosique qui devait emporter le malade. L'examen anatomique révéla l'existence de lésions à type inflammatoire et toxique ; ces lésions discrètes s'observent au niveau des méninges, des racines du névraxe.

Les auteurs passent en revue les manifestations nerveuses au cours de la spirochétose et opposent ces formes de début aux accidents paraplégiques rares survenant au décours des spirochétoses.

VARIÉTÉS

Les vers de mouche dans le traitement des plaies

Larrey rappelle dans ses *Mémoires* (t. Ier, p. 310, Paris, 1812) combien les blessés de l'armée de Syrie étaient incommodés par les mouches bleues, dont les vers envahissaient les plaies. Il écrit : « Malgré l'importunité de ces insectes, ils ont accéléré la cicatrisation des plaies, en abrégeant le travail de la nature, et en provoquant la chûte des escarres celluleuses qu'ils dévoraient ».

Depuis cette époque, le fait si judicieusement observé par Larrey a été longtemps oublié. Il y a peu d'années, la question a repris une nouvelle actualité.

STATISTIQUES UNIVERSITAIRES

Statistique des diplômes d'Etat de docteur en médecine (1). — Le nombre des diplômes d'Etat de docteur en médecine délivrés par les Facultés françaises pendant les douze dernières années scolaires est le suivant :

1927-1928 : 901.
1928-1929 : 965, soit 64 en plus.
1929-1930 : 1.052, soit 87 en plus.
1930-1931 : 1.120, soit 68 en plus.
1931-1932 : 1.123, soit 3 en plus.
1932-1933 : 1.293, soit 170 en plus.
1933-1934 : 1.464, soit 171 en plus.
1934-1935 : 1.579, soit 115 en plus.
1935-1936 : 1.495, *soit 84 en moins.*
1936-1937 : 1.545, soit 50 en plus.
1937-1938 : 1.394, *soit 151 en moins.*
1938-1939 : 1.726, soit 332 enplus.

Statistique des diplômes d'Université (mention médecine. — Le nombre des diplômes d'Université (mention médecine) délivrés par les Facultés françaises pendant les douze dernières années scolaires est le suivant:

1927-1928 : 96
1928-1929 : 104, soit 8 en plus.
1929-1930 : 120, soit 16 en plus.
1930-1931 : 132, soit 12 en plus.
1931-1932 : 176, soit 44 en plus.
1932-1933 : 170, *soit 6 en moins.*
1933-1934 : 191, soit 21 en plus.
1934-1935 : 240, soit 49 en plus.
1935-1936 : 262, soit 22 en plus.
1936-1937 : 300, soit 38 en plus.
1937-1938 : 257, *soit 43 en moins.*
1938-1939 : 206, *soit 51 en.moins.*

Les diplômes d'Université. Statistique générale. — Les diplômes d'Université (mention médecine) délivrés par les Facultés françaises depuis quarante et un an (époque de la création de ce titre) atteignent le chiffre de 4.072 répartis comme suit :

Alger : 12 ; Bordeaux : 192 ; Lille : 14 ; Lyon : 524 ; Marseille : 11 ; Montpellier : 594 ; Nancy : 234 : Paris : 2.138 ; Strasbourg : 191 ; Toulouse : 162.

234 titulaires du diplôme d'Université ont ultérieurement obtenu un diplôme d'Etat.

Diplôme de docteur en médecine de l'année scolaire 1938-1939. — Le nombre des diplômes de docteur en médecine délivrés par les Facultés françaises pendant l'année 1938-1939 est de 1.932, soit 281 en plus que l'année précédente. Il se décompose comme suit :

(1) Darras, in *Vie Médicale.*

Facultés	Diplômes d'Etat	Diplômes d'Université (mention médecine)	Total
Alger	46	»	46
Beyrouth	30 (*a*)	»	30
Bordeaux	172	9	181
Hanoï	31	»	31
Lille	78	»	78
Lyon	239	35	274
Marseille	87	2	89
Montpellier	94	18	112
Nancy	69	9	78
Paris	724 (*b*)	117	841
Strasbourg	58	14	72 (*c*)
Toulouse	98	2	100
	1.726	206	1.932

(*a*) Les étudiants de la Faculté de Beyrouth sont dispensés de la thèse.

(*b*) Dont 10 avec dispense de la thèse : Mme Beinis, née Gourowski-Peiker, M. de Botton, Mme Gachot, née Chachnick ; MM. Kemeny, Koukol, Maly, Miloch, Mühlrad, Weissmann et Zeiler, antérieurement titulaires d'un diplôme d'Université.

(*c*) Plus 2 diplômes « Régime local ».

Total des thèses : 1.892 (Etat : 1.686 ; Université : 206), plus 2 thèses « Régime local » de Strasbourg.

PRATIQUE MÉDICALE

Anurie puerpérale et anurie éclamptique, leur traitement par l'aminophylline

Par Pierre Rumeau
interne des hôpitaux de Bordeaux
(maternité Pellegrin) (1)

L'auteur publie deux observations relatives à un cas d'anurie puerpérale et à un cas d'anurie éclamptique, favorablement influencés par l'injection intraveineuse de caréna.

L'effet excito-sécrétoire de l'aminophylline est rapide : quatre à six heures après l'injection, on recueille une quantité appréciable d'urines ; l'albuminurie constatée dans les premières urines émises disparaît dans un bref délai ; puis une véritable crise urinaire marque la fin de l'anurie et la disparition des signes cliniques qui l'accompagnaient.

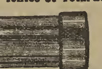
Il semble donc qu'une telle thérapeutique soit fort utile chez de semblables malades et l'on peut conclure que caréna est « à employer d'emblée dans les cas d'anurie puerpérale et d'anurie éclamptique ».

(1) *Science Médicale Pratique*, n° 6, juin 1939, p. 160).

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris


ÉLIXIR GREZ
Toni-Digestif
ÉLIXIR GREZ
Chlorhydro-Peptique
TONI-DIGESTIF
DÉPOT Gal PARIS
Laboratoires MONIN
49, Rue de Maubeuge PARIS


Insuffisance

75

Nos 15-16. — 21-24 FEVRI6R 1940. 113e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Étudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Faculté de Médecine de Paris. — Une série de *Travaux pratiques supptémentaires de parasitologie* pour les élèves appelés sous les drapeaux en avril 1940, a lieu *du lundi 26 février au mercredi 6 mars*, entre 16 heures et 18 heures.

Les droits d'inscription pour ceux autorisés par la Commission scolaire et dont les travaux pratiques ne sont pas encore validés, sont de *250 francs* et de *125 francs* pour les autres.

Dans la limite des places disponibles, les élèves non mobilisés sont acceptés dans les mêmes conditions.

Travaux pratiques supplémentaires d'anatomie pathologique. — Une série de revision comprenant 10 séances de travaux pratiques a commencé le lundi 26 février 1940, à 14 heures, dans les salles de microscopie du laboratoire (escalier C, 4e étage).

Cette série est exclusivement réservée à MM. les Étudiants incorporables avec le deuxième contingent de la classe 1939.

3e et 4e années. — Les examens de 3e et 4e années pour les étudiants de la *classe 1939* (*2e cont.*) auront lieu du *4 au 16 mars 1940.*

Affichage le 26 février.

5e année. — Les épreuves de thérapeutique commenceront le *samedi 2 mars.*

Ecrit : 2 mars.

Oral : à partir du lundi 4 mars.

Affichage : 24 février.

Stomatologie. — M. le Dr Dechaume, suppléant de M. le Dr Ruppe, chargé de cours, empêché, a commencé son cours de stomatologie le samedi 24 février 1940, à 17 heures, salle de Thèses, n° 2, et le continuera les lundis et samedis suivants à la même heure. *Sujet du cours :* pathologie bucco-dentaire.

Pour le baccalauréat. — Le recteur de l'Académie de Paris communique :

La première session des examens du baccalauréat de l'en-

seignement secondaire s'ouvrira le 11 mars par une série réservée aux candidats appartenant au deuxième contingent de la classe 1939 ou à des classes antérieures et qui seront appelés sous les drapeaux en même temps que ce contingent, ainsi qu'aux candidats qui auront contracté un engagement volontaire en vertu duquel ils seront incorporés, au plus tard, en avril 1940.

Le registre d'inscriptions est ouvert jusqu'au 24 février.

Les candidats sont priés de s'inscrire, dès maintenant, au service central, 22, rue Vauquelin. Chaque candidat devra produire un certificat délivré par le commandant du bureau de recrutement établissant qu'il est bon pour le service armé ou auxiliaire.

La Société Française de Gynécologie a réuni ses membres parisiens le 4 janvier. Au cours de cette réunion, plusieurs communications ont été présentées par MM. Jayle, Douay, Maurice Fabre, Palmer. De plus, il a été décidé qu'une séance aurait lieu désormais tous les deux mois. La prochaine séance est fixée au mercredi 6 mars, à 17 heures, à la Faculté.

Les membres de la Société sont priés de faire connaître leur adresse actuelle au secrétaire général : Dr Maurice Fabre, 1, rue Jules-Lefebvre, Paris (9e).

Voyage de Pâques sur la Côte d'Azur. — Désireuse de se conformer aux instructions du Gouvernement concernant la continuation de la vie civile, désireuse aussi d'offrir à ses membres et à ses amis l'occasion d'une détente et d'un repos moral plus que jamais nécessaires, la « Société Médicale de Climatologie et d'Hygiène » a décidé de donner satisfaction au souhait de ses correspondants, en maintenant le programme de son 14e voyage de Pâques, sous la présidence de M. le professeur Laignel-Lavastine (Paris), ainsi qu'il suit, du 24 au 28 mars.

Visite de Cannes, du Cannet, de Juan-les-Pins, Antibes, Grasse, Vence, Cagnes, Nice, La Turbie, Roquebrune, le Cap-Martin, Menton, Monaco et leurs environs.

Les parcours et les séjours seront assurés, comme de coutume, dans les meilleures conditions, conformément à la tradition de la Société Médicale. Les membres de la famille des médecins et les personnes qui les accompagnent seront admis au voyage, ainsi que les étudiants en médecine. Renseignements et inscriptions (24, rue Verdi, à Nice).

Les Voix Latines. — Sous l'égide de l'Umfia, conférence du médecin général de Lavergne : *D'une guerre à l'autre, Biologie de guerre*, avec projections du Service de Santé, sous la présidence de M. le médecin général Maisonnet, le lundi 26 février 1940, à 16 heures, à la Sorbonne, amphithéâtre Descartes.

Dîner de l'Umfia. — Lundi 26 février 1940, à 20 heures précises, hôtel du Printemps, 1, rue de l'Isly (gare Saint-Lazare). Prière d'envoyer adhésion 39, rue d'Amsterdam, Paris-8e (45 francs).

La station de La Malou (Hérault) commencera la saison thermale de 1940 le 1er mai, selon sa coutume. Les établissements de bains et de rééducation rouvriront à cette date, ainsi que les hôtels et pensions.

Pour renseignements, écrire au Syndicat d'Initiative.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Cela va-t-il continuer ?

J'ai sous les yeux les circulaires ministérielles adressées aux recteurs les 2, 4 et 5 novembre 1939 au sujet des *candidats au baccalauréat* prochainement incorporés et pour qui étaient envisagées des faveurs administratives. Le ministre, ancien combattant, a voulu se montrer généreux, se rappelant qu'après l'autre guerre l'*A.* et la *Corpo*, notamment, avaient réclamé des mesures de compensation pour les *démobilisés*.

Or, aujourd'hui, c'est aux *pré*-combattants et aux *pré*-étudiants qu'on s'adresse ; le *Syndicat des médecins de la Seine* a décidé d'étudier cette grave question des *dispenses* qui, si on les laissait se rétablir, encombrerait notre profession en particulier de non-valeurs, comme cela s'est produit à l'époque des dispenses de baccalauréat. Nul n'a oublié cette période où les brevetés de l'enseignement primaire obtenaient des *équivalences du baccalauréat* pour faire leurs études médicales !

Un beau matin, M. Doumergue, alors ministre de l'Instruction Publique, dut s'interdire de signer les équivalences dudit diplôme, *car le flot montait toujours...*

Nous craignons que cela ne recommence car, à l'automne de 1939, les admissibles de juillet au baccalauréat (1re et 2e partie) — *ayant été refusés à l'oral* — ont été déclarés reçus ; de même pour les admissibles d'octobre ; la seule condition exigée était pour eux d'appartenir à la classe 1939 et au premier contingent. De ce fait, ils ont été mis *sur* le même pied que leurs camarades reçus complètement, ceux-ci étant à notre avis « infériorisés » de ce fait.

Que ce bon mouvement soit passager, d'accord ! Nous ne protestons pas. Mais si, au départ de chaque classe, on se met à proclamer qu'il suffit d'être « *collé* » pour être « *reçu* », ce sera à désespérer du bon sens français, et nous crierons au sabotage de l'Université. Maurice Mordagne.

Nécrologie

Nous apprenons, avec un très vif chagrin, la mort de M. Félix Terrien, professeur honoraire à la Faculté de Médecine de Paris, ancien professeur de la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de Médecine. Nous prions son frère, le Dr Eugène Terrien, de recevoir l'expression de notre très affectueuse sympathie.

UN NOUVEAU CAS DE SYNDROME DE MORGAGNI
(obésité, virilisme, et hyperostose frontale interne)
CHEZ UNE MÉLANCOLIQUE

Par H. Roger, M. Schachter et J. Boudouresques
de Marseille

Il y a quelques mois, en étudiant une malade, âgée de 61 ans, atteinte d'un syndrome médullaire complexe (hématomyélie due à une hémorragie par hypertension artérielle ou ramollissement), nous avons découvert, à l'examen radiologique du crâne, une hyperostose frontale interne nette, nous permettant, avec l'importante obésité et les signes de virilisme pilaire qu'elle présentait, de porter ainsi le diagnostic de syndrome de Morgagni.

Or, les hasards de la clinique nous ont permis d'observer dernièrement un deuxième cas de ce rare syndrome. Mais contrairement au premier, où le diagnostic n'a été fait, ainsi que le soulignent la plupart des auteurs, que d'une manière incidente, lors de l'exploration radiologique cranienne, chez cette dernière malade, venue nous consulter pour un état de dépression mélancolique, l'obésité très importante et un léger virilisme pilaire, nous ont fait penser au syndrome de Morgagni, souvent associé à des troubles mentaux (F. Morel).

En effet, l'examen radiologique cranien nous a montré une image nette d'hyperostose frontale interne.

Marie Ag..., âgée de 58 ans, ménagère, vient consulter, le 6 juin 1939, pour un état de dépression nerveuse, avec idées mélancoliques.

Le début apparent de l'état actuel paraît remonter au mois de septembre 1938, à l'occasion des bruits de guerre. Cependant, les troubles se seraient accentués depuis la fin du mois d'avril 1939.

Elle est anorexique, refuse tous soins (médicaments y compris), a tendance à l'isolement et à l'inertie psychique, des idées de suicide. Elle est insomnique et se plaint de ne plus être affective envers les siens. Pas d'hallucinations sensorielles.

Elle est obèse, pesant actuellement 97 kg. 500, pour une taille de 154 centimètres, mais affirme avoir maigri de quelques kilos au cours des derniers mois.

Antécédents personnels : paludisme et dysenterie à Tunis. Il y a sept ou huit ans, elle a eu un état de dépression analogue à celui dont elle se plaint actuellement, soignée à Tunis pendant quelques mois. L'obésité actuelle remonte à l'adolescence. Jamais de sucre ou d'albumine dans les urines.

Antécédents héréditaires : mère décédée à 80 ans ; père également mort (ne sait pas à quel âge) ; un seul frère est en bonne santé.

Examen somatique : malade de taille moyenne (154 centimètres), pour un poids de 97 kg. 500. Constitution pléthorique, présentant une obésité généralisée aux segments céphaliques, tronc, abdomen et membres.

Tête : circonférence occipito-frontale : 58 cm. Diamètre antéro-postérieur : 32 cm. Faciès « lunaire » typique, du fait du développement excessif des masses cellulo-adipeuses para-auriculaires et sous-mentonnières. Téguments de couleur rouge pourprée. Pilosité du cuir chevelu : normal. Sourcils peu développés, avec signes de Hertoghe bilatéral. Quelques poils longs sur la lèvre supérieure et le menton. Dentition défectueuse ; il n'en reste que 9. Pas de signe de Chvostek.

Cou : large, mais très court, la tête paraissant enfoncée entre les épaules,

Thorax et abdomen : obésité très notable ; les seins flasques tombent en dessous de l'ombilic. Les masses adipeuses de l'abdomen tombent également en tablier sur la région pelvienne. Quelques vergetures dans les zones baso-thoraciques droite et gauche ainsi que sur la racine des membres inférieurs. On note deux masses adipeuses symétriques sous-claviculaires et un lipome cervical au niveau de C^7. Circonférence abdominale au niveau de l'ombilic : 116 cm. Pilosité axillaire presque disparue. Pilosité pubienne plutôt rare. Pas de pigmentation accentuée des téguments, sauf au niveau des régions axillo-pubiennes.

Membres : aux membres supérieurs, obésité uniforme avec cependant prédominance aux racines. Circonférence médio-brachiale droite : 37 ; gauche : 38 cm. Circonférence de l'avant-bras (partie moyenne) : à droite et à gauche, 26 cm. Les téguments des avant-bas sont secs et légèrement squameux.

Aux membres inférieurs, les segments distaux (jambes et pieds) sont nettement moins volumineux que les cuisses. Circonférence de la jambe à 10 centimètres au-dessous de la rotule : 33 centimètres des deux côtés. Pieds légèrement creux avec des téguments secs et cornifiés des deux côtés. Les orteils (à l'exception du gros orteil) paraissent avoir la même grandeur. En tout, le pied paraît plutôt tassé.

Examen endocrinien : thyroïde non palpable. Pouls régulier : 58 battements par minute. Pas de tremblements, pas de transpirations anormales.

Parathyroïde : pas de signe de Chvostek. Ovaires : la malade ne se rappelle plus la date de l'installation des règles. Elles ont cessé à l'âge de 39 ans. Elles venaient régulièrement, mais étaient peu abondantes, durant un seul jour. Elles n'avaient jamais été douloureuses. La malade précise avoir commencé à engraisser à partir de 1924, mais elle a toujours été « forte ». Jamais de grossesse.

Surrénales : pigmentation plutôt déficiente ; de même pour la pilosité axillo-pubienne ; par contre, des poils longs existent sur la lèvre supérieure et le menton. Tension artérielle : 18/10 au Vaquez.

Examen neurologique : la malade coopère difficilement avec nous, mais peut exécuter nos ordres. La force et le tonus musculaires semblent conservés. Motilité faciale lente, mais correcte. Pas de troubles de la sensibilité faciale. Motilité oculaire extrinsèque conservée. Pupilles égales, régulières et contractiles à la lumière et l'accommodation. Le champ visuel et le fond des yeux sont normaux (D[r] Farnarier). Aux membres supérieurs, la force de serrement des mains est bonne et égale des deux côtés. Les réflexes stylo-radiaux, bicipitaux et tricipitaux sont égaux et vifs. Aux membres inférieurs, pas de déficit net. Les réflexes rotuliens et achilléens sont vifs, mais égaux. Le cutané-plantaire est indifférent des deux côtés. Pas de troubles de la sensibilité, pas d'atteinte des sphincters.

L'*examen du sang* montre le B.-W. et Hecht : négatifs. L'azotémie est de 0,47 pour 1.000. Une ponction lombaire donne : albumine, 0,40 ; cytologie : 1,6 éléments ; très rares poly. B.-W. négatif. La tension artérielle est de 18-10 (Vaquez).

L'examen psychologique, fait lors du premier examen, montre une malade déprimée ; elle « voudrait mourir », mais n'a pas le courage. Attitude mélancolique, gémit presque tout le temps. N'a pas d'idées de culpabilité. Elle est totalement indifférente quant à sa toilette, refuse systématiquement de se laver ou de suivre les conseils donnés. Dit qu'elle ne croit jamais guérir. Ressent sa tête « serrée » dans un étau ou « son cœur qui s'en va ». N'a aucun sentiment

d'affection familiale. Asthénique en permanence, elle parle de « sa maudite destinée » et ne croit pas à l'efficacité des médicaments prescrits. « Tous, vous voulez me donner la santé, mais vous ne pouvez pas ». Prétend ne jamais aller à la selle et ne dormir que très rarement. Anorexie opiniâtre, il faut la forcer de prendre des boissons ou des fruits. Ne parle que du désir de mourir.

Son état général s'aggrave et devenant somnolente, en même temps que l'urée augmentait, la malade succomba après avoir été, durant quelques jours, dans un état comateux.

Examen radiologique du crâne : face. On est frappé par l'existence de zones de condensation osseuse, occupant la région frontale, à localisation paramédiane, respectant le trajet du sinus longitudinal et s'étendant en largeur sur 1,5 cm., et en hauteur sur 3 centimètres. A gauche, existence de deux plaques, à droite, impression d'une seule, présentant deux incisures. Tout autour existe une zone légèrement décalcifiée et au-dessus, de petites lacunes, dont deux assez importantes. Les fentes sphénoïdales sont plus larges que de coutume. Les sinus maxillaires sont très développés.

Profil gauche : sur toute la hauteur de la région frontale, épaississement intense de la table interne, ayant dans sa plus grande largeur 2 centimètres. En dehors de cette zone se trouvent deux plaques calcifiées, séparées par un léger interstice, la supérieure ayant la forme d'une grosse amande, l'inférieure d'une cerise. En dehors de cette zone de décalcification avec de nombreuses lacunes à la partie supérieure, le reste de la paroi cranienne est également augmenté avec un épaississement très net de la table interne. Les sinus sphénoïdaux et maxillaires sont très augmentés de volume. La fosse pituitaire est légèrement augmentée, avec hypertrophie de l'une des apophyses clinoïdes postérieures. Dans la zone correspondant aux apophyses clinoïdes antérieures, plages de décalcification très nette avec des prolongements antérieurs et un prolongement postérieur unique. Région rétro-pétreuse : densification peu marquée, mais se prolongeant assez en dehors.

Profil droit : on trouve la zone de densification du frontal, dont l'épaisseur est d'environ 1,5 cm. En dehors, une plaque densifiée à la partie moyenne, se confondant avec l'hyperostose frontale, dont les bords présentent des dimensions donnant l'impression de véritables dentelles. Tout autour, zone de décalcification, le reste du crâne est également très développé avec une zone de décalcification plus importante au niveau de la région pariétale. La clinoïde antérieure est plus claire que la postérieure.

En résumé, chez une malade âgée de 58 ans, atteinte d'une obésité généralisée, avec un léger virilisme pilaire, et hospitalisée pour un état de dépression mélancolique, avec idées de suicide (état mental qui paraît constitutionnel, puisque cette malade a déjà eu un épisode similaire sept ou huit ans auparavant), l'examen radiologique cranien, mettant en évidence une hyperostose frontale interne, a permis de vérifier le diagnostic de syndrome de Morgagni, suspecté par nous. En effet, la coexistence, non obligatoire par ailleurs, d'un syndrome mental avec une obésité importante, d'allure pituitaire, et de signes de virilisme pilaire, deux autres stigmates constants, caractérisent la triade fondamentale de ce tableau clinique.

Ainsi que nous l'avons souligné, dans une communication antérieure (*Marseille Médical*, 15 juillet 1939), la fréquence du syndrome de Morgagni est très réduite, la littérature française n'en mentionnant que cinq en tout. Comme dans la plupart des cas publiés à l'étranger, il s'agit, de règle, de découvertes d'autopsie ou d'un examen radiologique cranien, pratiqué à titre complémentaire. Notre cas présent offre ce point particulier, d'avoir été soupçonné et diagnostiqué *avant* la radiographie, qui est venue le confirmer.

Il n'est point dans notre intention de discuter ici les multiples problèmes cliniques et pathogéniques soulevés par cette rare affection. Nous l'avons fait ailleurs (Paris Médical, sous presse, et thèse Pendariès, Marseille, 1940).

Il nous semble cependant intéressant de souligner la ressemblance plus que frappante de ce syndrome avec certains autres syndromes hypophysaires.

En effet, la coexistence d'une obésité généralisée, plus accentuée aux segments céphaliques, abdomen et régions proximales des membres, avec un virilisme pilaire (plus ou moins caractérisé) et une hypertension artérielle, paraissent rapprocher le syndrome de Morgagni des deux autres syndromes d'hyperfonctionnement anté-hypophysaire, l'acromégalie et l'adénome basophile de H. Cushing.

L'hyperostose frontale interne semble, elle aussi, être l'expresion d'une hyperfonction pituitaire, car l'injection à des rats d'extraits antéhypophysaires contenant l'hormone célogène, détermine, ainsi que l'a montré Martimor, des images osseuses craniennes se rapprochant de l'hyperostose frontale.

L'existence, dans de nombreux cas de syndrome de Morgagni, d'une augmentation impressionnante des éosinophiles du lobe antérieur de l'hypophyse (Stewart, Henschen, Naito), avec une richesse nette en basophiles, constitue un fait qu'il ne faut pas négliger.

Enfin, la constatation, rarement, il est vrai, de troubles de la glycémie, avec hypersensibilité à l'insuline (A. Casato, C. Negri), ou même l'association de ce syndrome à un diabète sucré insulinorésistant (H. Bartelheimer), doivent être considérées, non pas comme de simples coïncidences, mais plutôt comme traduisant une perturbation endocrinienne hypophyséogène.

En comparant maintenant la symptomatologie du syndrome de Morgagni avec celle de l'acromégalie et de l'adénome basophile de Cushing, il est facile de constater combien leurs liens pathogéniques semblent étroits. Mieux que tout autre commentaire, le tableau synoptique ci-après, adapté d'après Henschen, nous paraît souligner la *nature hyperpituitaire du syndrome de Morgagni*.

	Modif. squel.	Splanchno-mégalie	Obésité	Virilisme pilaire	Hypogénitalisme	Perturb. mét. sucré	Modif. histol. Hypophyse
Syndrome P.-Marie (Acromégalie)	hyperostose, mégasinus	+	inconst.	+ (chez la femme)	+	+	adénome éosinophile
Syndrome de Cushing	ostéoporose	?	++	++	+	++	adénome basophile
Syndrome de Morgagni	hyperostose fr. int.	++	++	++	+	inconst.	augm. quant. des éosino et des basophiles

Les documents concernant les perturbations métaboliques et les altérations histologiques de l'hypophyse, au cours du syndrome de Morgagni, sont — certes — peu nombreuses, pour permettre des conclusions définitives. Il semble, néanmoins, que, dès maintenant, l'on doive considérer ce syndrome comme étant *le troisième syndrome d'hyperfonctionnement antéhypophysaire*, après l'acromégalie et l'adénome basophile de Cushing.

Les recherches de contrôle montreront, nous en sommes convaincus, jusqu'à quel point cette façon de voir clinique correspond à la réalité.

BIBLIOGRAPHIE

H. Bartelheimer. *a*) Die Hyperostosis front. int. als Symptom des Hypophysären Diabetes : D. mediz, W., 14 juillet 1939, n° 28.
— *b*) Hyperostosis front. int, und Hyp. Diabetes : Wiener mediz. W., 1939, 25 mars
F. Henschen. Morgagn'is Syndrom, Jena, 1937.
H. Roger, M. Schachter et J. Boudouresques. Troubles vasculaires et médull. du vieillard et syndr. de Morgagni, *Marseille Médical.*, 15 juillet 1939.
H. Roger, M. Schachter et J. Boudouresques. Le syndrome de Morgagni, *Paris Médical* (sous presse) : contient un important index bibliographique.
H. Pendariès. L'hyperostose frontale interne. Syndrome de Morgagni. Thèse Marseille 1940.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

A PROPOS DU SANG CONSERVÉ

par M L. Babonneix

Membre de l'Académie de Médecine

Le sang conservé est à l'ordre du jour. En France, MM. Benhamou et Mercier, James et Jaulmes, Jeannency, Julien Viéros, Maisonnet et Jeanneney. M. A. Tzanck, entre autres, lui ont consacré d'importantes études. Il n'en est que plus intéressant de savoir comment envisage la question l'un des auteurs suisses qui s'en sont le plus occupé, M. R. Fischer (1).

Les avantages du stockage du sang peuvent être résumés ainsi :

« Les Instituts commodément installés et dotés d'une organisation permanente étudieront le sang, le choisiront, le recueilleront et fourniront alors au médecin praticien une ampoule aussi facilement maniable que toutes les ampoules de sérum glucosé ou de sérum salé auxquelles il est déjà habitué.

« Les conditions bactériologiques, les précautions biologiques sont connues et respectées lors de la préparation de ces ampoules qui sont faites sans bousculade et réalisent le but cherché dans les transfusions d'urgence.

« En outre, il n'est pas besoin de faire la moindre recherche de donneur : de la glacière à la salle d'opération, à l'accouchée exangue, au blessé vidé de sang, il n'y a que quelques minutes qui ne seront jamais dramatiques, en ce sens que le chirurgien aura toujours sous la main, instantanément, ce qu'il faut, ce qu'aucun centre de transfusion d'urgence, même le mieux organisé, ne peut prétendre donner dans toutes les circonstances ».

Pour avoir un stockage convenable, pour que le sang conservé soit dans les meilleures conditions possibles et qu'ainsi il n'y ait pas de gaspillage, il faut certaines précautions et une véritable organisation.

L'organisation de ces centres de sang conservé doit tendre à une extrême simplicité dans un pays de petites villes comme la Suisse ; elle doit également permettre d'utiliser et de créer des centres dans les agglomérations moyennes. L'instrumentation, le repérage des donneurs et le stockage du sang doivent être faciles et ne pas demander de trop grandes complications, ni exiger de trop vastes connaissances de la part de ceux qui s'occupent du centre. Rien de plus simple qu'une transfusion de sang conservé. Mais, lorsque les confrères ignorants de la question ont dû prendre cette décision et faire des transfusions de sang conservé, M. R. Fischer a été surpris de voir combien, justement, les choses qui lui paraissaient les plus simples étaient méconnues et oubliées. Et c'est pourquoi il s'adresse, non seulement aux spécialistes, mais à tous les confrères qui seront, tôt ou tard, appelés à utiliser le sang conservé.

Quelle est donc l'organisation de l'« Hémo-central » à Genève ?

Les donneurs sont bénévoles et appartiennent à toutes les classes de la société. Remarquons avec l'auteur que le choix d'un bon donneur de sang conservé est plus difficile que le choix d'un bon donneur courant. Il va sans dire que l'on n'utilise que des donneurs universels. Mais la question des groupes n'est pas seule dominante : il peut y avoir des shocks, d'ordre protéique, et tel sujet qui convient pour donner du sang frais ne vaut plus rien comme donneur de sang conservé. Il faudra donc examiner ce que devient le sang de ces donneurs en présence des divers anticoagulants. C'est dire que chaque donneur doit avoir son dossier, conservé au centre, et qu'il faut, non seulement déterminer son groupe avec trois sérums provenant d'Instituts différents (ce qui fait 9 épreuves par sujet), mais encore étudier à différentes reprises la conservation de ce sang, en se rappelant que l'existence d'une fatigue récente, d'une grande émotion, d'une infection légère, des habitudes d'intempérance exerce une influence fâcheuse sur elle.

L'auteur note que certains sangs initialement mauvais, parce que trop rapidement coagulables, trop visqueux ou trop asphyxiques peuvent être favorablement modifiés. Une dame, suivie par lui, avait un sang répondant à cette définition. Examinée, elle fut trouvée alcalosique. Soumise à un régime acidifiant, elle devint rapidement une de ses meilleures donneuses. A chaque prise, on emploie une petite seringue pour prélever ce qu'il faut de sang pour l'étude de la coagulation et des constantes. Ces temps de coagulation sont examinés à chaque prise, de même que seront effectuées les recherches permettant d'éliminer la syphilis.

Les sangs, prélevés par les méthodes habituelles, sont additionnés d'un anticoagulant spécial, mélangés, filtrés et mis en ampoules de 1 cm³ 50, mises ensuite à la glacière ou dans des thermos, toutes précautions étant prises pour qu'ils n'entrent jamais en contact avec l'air extérieur (1).

Avant de faire l'injection, il y a lieu de prendre deux préeautions :

(1) R. Fischer. Organisation du Centre et fonctionnement des transfusions de sang conservé à Genève. *Revue médicale Suisse Romande*, n° 14, 25 décembre 1932, p. 852-866. — Cf. aussi Ed. Benhamou et C. Mercier (Alger). Notes de pratique pour la transfusion et la perfusion de sang conservé. *Presse Médicale*, nos 6-7, 17-20 janvier 1940, p. 75-76.

(1) Pour MM. Ed. Benhamou et C. Mercier, l'oxygénation du sang, bien que non indispensable, est à recommander.

Réchauffer l'ampoule au bain-marie à 30°-35° et la monter sur un goutte à goutte.

Si on craint le shock, faire une injection intraveineuse préalable de 2-3 cm^3, à moins qu'il n'y ait urgence.

On emploiera, pour l'injection, soit des aiguilles ordinaires de 30/10, soit le trocart à mandrin de l'appareil de Jouvelet.

Si la recherche de la veine a été difficile, pour n'avoir pas à la ponctionner deux fois, le plus simple est d'installer provisoirement le goutte à goutte d'eau physiologique, ou de fermer le trocart avec son mandrin entre l'épreuve biologique et la transfusion elle-même.

Si on installe le goutte à goutte, on fixe systématiquement l'aiguille et le caoutchouc avec du sparadrap sur la peau du malade.

L'épreuve biologique ne s'est-elle accompagnée d'aucun phénomène quelconque, on commence la transfusion. Elle peut être menée à la vitesse désirée.

On peut prélever le sang de l'ampoule avec une seringue de 20 cm^3 et injecter directement comme pour une intraveineuse ordinaire. L'auteur a pu injecter du sang conservé, avec une seringue de 20 cm^3, au rythme de 100 cm^3 en sept minutes.

Rien n'est plus facile que d'obtenir la même vitesse avec le goutte à goutte. On adapte le goutte à goutte à la place de celui de l'eau physiologique ou on l'introduit directement dans la veine. Il peut être réglé à la vitesse voulue et accéléré à la vitesse d'une véritale injection par la seringue en adaptant une soufflerie à l'ampoule.

En moyenne, il utilise la vitesse de 60 gouttes à la minute.

Si l'on veut éviter le gaspillage des quelques centimètres de sang qui restent dans le goutte à goutte, il suffit de brancher le goutte à goutte sanguin sur le caoutchouc du goutte à goutte d'eau salée, au lieu de le mettre directement dans la veine. On interrompt celui-ci par une pince de Kocher pendant le temps que dure la transfusion, puis, celle-ci terminée, on laisse s'écouler de nouveau le goutte à goutte d'eau physiologique jusqu'à ce que l'eau physiologique apparaisse seule dans le regard qui précède l'aiguille.

Si la pulsation faiblit ou s'accélère, s'il survient des transpirations, il suffit de ralentir le goutte à goutte pour que tout rentre dans l'ordre. Avec le sang citraté, il y a sédimentation et empâtement de globules, ce qui n'est pas sans inconvénients quand le goutte à goutte est lent : l'auteur les a évités en s'adressant à un anticoagulant spécial.

S'il n'y a pas urgence, l'important pour le praticien est de savoir apprécier les résultats de l'épreuve biologique : modifications du pouls, apparition de pâleur et de sueurs, tout en tenant compte du coefficient émotif, grâce auquel les premières minutes le pouls s'accélère, tandis qu'une accélération notable du pouls survenant, dans la demi-heure, chez un malade calme, est un symptôme qu'il ne faut pas négliger.

En somme, le sang fourni par le Centre et soumis, au préalable, à toutes les analyses nécessaires, est utilisable par tous les médecins qui savent faire une transfusion et se servir d'un goutte à goutte.

Les indications sont celles de la transfusion courante. Mais hors l'utilisation d'urgence de sang conservé, dans les embolies et hémorragies graves, il faut signaler son utilisation dans les états septiques, dans les traitements post-opératoires des opérés dans les anémies secondaires et dans tous les cas d'hémothérapie.

En cas de guerre, le sang conservé est irremplaçable. Il sauve 30 à 40 % des blessés qui, sans lui, perdraient la vie.

On ne peut pas improviser un centre de sang conservé. Un centre tel que celui que l'auteur a créé à Genève, qui fonctionne depuis février 1937, et d'où sont partis les premiers transports systématiques de sang conservé à grande distance, par avion, doit être créé dans plusieurs villes de la Suisse. Il y a de nombreux petits ennuis rencontrés en chemin. Mais ils sont facilement surmontables lorsque cette organisation se fait dans la tranquillité de la vie civile.

Si les centres sont créés dans la bousculade, ces ennuis peuvent aboutir à des désastres qui pourraient détourner le médecin de l'utilisation du sang conservé, alors qu'il serait irremplaçable à ce moment.

« Le sang conservé a acquis le droit de cité. Les préventions absolument théoriques, tomberont une à une. Peut-être même l'exploitera-t-on un peu au delà des nécessités réelles de son emploi, ce qui s'explique par la facilité de cette thérapeutique ».

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 29 JANVIER 1940

Les vitamines A et E, agents excitants de la sécrétion de l'hormone glycogénotrope du lobe antérieur de l'hypophyse. — M. Léon Képinov.

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1940

Notice. — M. Jeannin donne lecture d'une notice nécrologique sur M. Ribemont-Dessaignes.

A propos de la technique de l'amputation de cuisse. La ligature du nerf grand sciatique. — M. G. Chavannaz.

Notes inédites du baron Larrey. — M. Justin Godart a exploré au Val-de-Grâce les manuscrits du barron Larrey relatifs à sa pratique de la chirurgie de guerre. L'analyse de ses observations et des résultats obtenus — 75 % de blessés sauvés — montrent l'importance de l'intervention immédiate. On sait que le grand Larrey était l'inventeur de l'ambulance volante et qu'il portait ses secours sur le champ de bataille même.

M. Justin Godart a mis en relief et l'extrême habileté de Larrey et la prodigieuse résistance des blessés, les opérations se faisant sans anesthésie et devant être par là même d'une grande rapidité. Une amputation de la cuisse durait au plus quatre minutes.

M. Justin Godart, en conclusion, montre que chez les soldats comme chez les chefs, les vertus françaises d'énergie et de force d'âme se retrouveront intactes à chacune des dures étapes que nous aurons à franchir pour arriver à la victoire certaine.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 14 FÉVRIER 1940

Utilisation de la tente de Binet. — M. Sauvé. — Deux blessés graves avec anémie ont vu leur évolution transformée en quelques heures par l'oxygénothérapie avec la tente de Binet.

L'entorse du genou. — M. Leriche. — Il existe deux lésions qu'il ne faut pas confondre sous le même nom d'en-

torse. L'entorse est avant tout une distension, une torsion, une irritation de filets nerveux, qui, par un mécanisme nerveux, provoquent chaleur, douleur, gonflement locaux. Les ruptures ligamentaires qui peuvent compliquer l'entorse ne sont pas l'entorse. Plus rarement, se créent des lésions qu'il faut en distinguer : des subluxations du genou en dedans « manquées » réduites, facilement réductibles pendant le transport et souvent inaperçues, qui s'accompagnent toujours de grosses lésions ligamentaires internes et dans lesquelles un examen clinique et radiologique soigneux peut reconnaître un léger déplacement des surfaces articulaires, un léger baillement. Ces lésions, grossièrement semblables, sont différentes par leur étiologie, leur mécanisme, leur gravité, leurs lésions, leur traitement.

Pratiquement, l'expérience et en particulier les statistiques de l'armée anglaise, les constatations des joueurs de foot ball, l'expérience de quelques cas dans l'armée française montrent la fréquence des lésions d'entorse qu'une simple infiltration de novocaïne guérit dans de bonnes conditions en quelques heures, alors que les méthodes classiques donnent une impotence plus prolongée et des séquelles parfois graves.

M. Mondor se fonde sur son expérience et celle de quelques autres entorses récentes explorées chirurgicalement et d'entorses anciennes ayant donné de mauvais résultats après mobilisation immédiate, pour penser que les lésions ligamentaires sont fréquentes dans les entorses du genou d'apparence moyenne et nécessitent une intervention chirurgicale, fréquemment, pour les réparer.

M. Lambret. — M. Leriche a révolutionné le traitement et l'évolution des entorses tibio-tarsiennes. Mais là le diagnostic des ruptures des ligaments superficiels est aisé. Les ligaments du genou sont en partie profonds ; comment diagnostiquer leurs lésions ?

Quand il y a des lésions articulaires complètes, difficiles à diagnostiquer, il faut intervenir ; quand il s'agit de lésions simples, l'infiltration donne des résultats magnifiques. Mais les résultats sont inconstants : quelle conduite tenir dans les entorses qui, au début, semblent simples, mais qui, ensuite, laissent des séquelles et ne s'améliorent pas ?

M. Pierre Duval rappelle que M. Améline a observé récemment une entorse tibio-tarsienne moyenne ; l'intervention a révélé une ecchymose profonde, une rupture du ligament latéral externe et histologiquement des artérioles rompues.

M. Leriche. — Le mécanisme qui caractérise avant tout l'entorse est un mécanisme nerveux et vasomoteur, mais cela ne veut pas dire qu'il n'y ait jamais de lésions des ligaments. M. Leriche, avec M. Pierre Duval, a proposé le premier l'intervention dans les entorses qui se compliquent de ruptures des ligaments. C'est avant tout une question de diagnostic et la clé du diagnostic est d'infiltrer avant l'examen.

M. Pierre Duval. — Il s'agit là d'une anesthésie, et l'action sympathique est-elle immédiate ?

M. Leriche. — Il faut tenir compte en pathologie de la sensibilité tissulaire, qui est une sensibilité spinale, mais appelle par une réaction immédiate un réflexe sympathique.

On obtient le même résultat si on infiltre le sympathique lombaire : le malade peut marcher immédiatement parce qu'on a supprimé le réflexe.

M. Mondor demande que les membres de l'Académie interviennent sur les entorses du genou typique et viennent dans un an apporter le bilan des lésions constatées.

M. Lambret. — Le diagnostic est difficile, même après infiltration, à cause de la profondeur des ligaments.

M. Leriche. — Il ne faut pas seulement envisager le pronostic des entorses vues par les chirurgiens, mais le pronostic de toutes les entorses, et l'évolution de la grosse majorité des entorses montre que les lésions ligamentaires dans la grosse majorité de la totalité des entorses ou manquent, ou sont sans importance pratique.

Les gelures. — M. Leriche. — L'étude des gelures est intéressante parce qu'elles réalisent une maladie quasi-expérimentale, qu'elles donnent un exemple des troubles fonctionnels qui aboutissent à des lésions organiques définitives, qu'elles manifestent des réactions physiologiques spéciales et ont un grand intérêt thérapeutique.

Les gelures débutent de manière sournoise, car la vasoconstriction provoque l'anesthésie. C'est à la chaleur que le pied devient en quelques instants rouge, chaud, douloureux, se recouvrant de phlyctènes claires, puis rapidement sanglantes, quelquefois; on constate un infarcissement local, quelquefois l'orteil ou les orteils, qui se nécroseront, sont violacés. Cet état s'accompagne d'anémie, sans modification des constantes du sang.

L'infiltration lombaire fait disparaître très rapidement l'œdème et les douleurs, avec rapide guérison des zones qui ne sont pas complètement ischémiées.

Ce traitement présente un gros avantage dans le traitement des gelures : immédiat, mais peut être aussi tardif car les gelures prédisposeraient aux artérites ultérieures.

M. Leriche présente plusieurs observations illustrées de photographies en couleurs et d'artériopathies montrant bien l'arrêt brutal de la circulation par thrombose vasculaire.

M. Lambret confirme les résultats de M. Leriche, d'après sa propre expérience des membres gelés.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 19 janvier 1940

Deux cas de syndrome de Lœffler (dont l'un bilatéral) avec état subfébrile persistait depuis plus de six semaines. — M. R. Benda et Mlle L. Weinberg dégagent de leurs deux observations la double notion d'un facteur général (parasitose dans le premier cas, terrain neuroarthritique dans le second, et d'un facteur local d'origine vraisemblablement tuberculeuse (calcifications dans les deux cas, antécédents pleuraux dans le second). La suspicion de tuberculose leur paraît renforcé par la persistance d'un état subfébrile s'étant maintenu pendant six semaines après la disparition de la poussée fluxionnaire.

Ils y ajoutent le caractère pathologique des granulations des polynucléaires neutrophiles.

L'ensemble de ces constatations les conduit à ranger leurs deux observations dans le cadre de l'épituberculose.

Endocardite maligne lente streptococcique et rémission de trois mois sous l'influence du 693 (Dagénan). — M. C. Lian. — Observation d'un cas d'endocardite maligne lente du type Jaccoud-Osler (streptococcus viridans dans deux hémocultures, nombreuses nodosités douloureuses des doigts, grosse rate, fièvre) qui évolua d'abord pendant six mois, résistant à diverses tentatives thérapeutiques (gonacrine, transfusions, vaccins).

Sous la seule influence de 6 comprimés de 0,50 de Dagénan chaque jour, la fièvre disparut en quarante-huit heures. Le médicament étant bien supporté fut maintenu pendant trois mois à la dose de 5 à 6 comprimés par jour. Pendant tout ce temps, la température resta normale, la rate en un mois revint à des dimensions normales, l'hémoculture devint négative et peu à peu il ne se produisit plus de nodosités douloureuses des doigts.

En même temps, la malade reprenait de l'appétit et son poids augmentait progressivement de 3 kilos. Des troubles dyspeptiques amenèrent la malade à supprimer le Dagénan. La fièvre réapparut et résista à la reprise de la médication en injections intramusculaires. Depuis lors,

la malade reprend les comprimés de Dagénan par périodes de huit à dix jours, mais elle n'obtient plus ainsi qu'une diminution momentanée de la fièvre d'un demi-degré. Elle doit garder le lit, ses forces déclinent. Toutefois, elle vit encore sept mois après la reprise de la fièvre, la maladie en est actuellement au seizième mois de son évolution.

En somme, la sulfaminothérapie n'a pas triomphé de l'endocardite maligne lente à streptococcus viridans. Mais les rémissions laissent espérer que la chimiothérapie apportera la guérison.

Sang total ou plasma. — MM. A. Tzanck et M. Sureau rappellent le rôle vital des globules rouges, dont l'importance peut être démontrée cliniquement et expérimentalement.

Cliniquement, la mort par anémie globulaire vraie est un fait indiscutable.

Expérimentalement, il est procédé à des saignées fractionnées, répétées à court intervalle, chaque fois suivies d'une injection de plasma égale à la quantité de sang perdue. Les conclusions sont que la mort survient lorsque le taux globulaire est assez bas pour une masse plasmatique circulante quasi-normale. L'injection de plasma ou de sérum est dans ce cas inopérante ; elle peut même être nuisible. Seule, la « greffe globulaire » est, dans ces conditions, indiquée.

Le problème soulevé par l'hémorragie massive et unique ou répétée à de brefs intervalles est autre.

La spoliation globulaire peut être modérée, ainsi que les montrent les numérations successives.

Les traitements qui visent à rétablir la tension artérielle, et ceux qui augmentent le volume de la masse circulante, se montrent efficaces, à la condition que l'hémostase puisse être réalisée. L'injection de plasma — le dernier en date des liquides préparés — a permis de vérifier cette assertion.

Le plasma humain possède en outre l'avantage d'être d'un emploi très simple et de pouvoir se conserver longtemps sans s'altérer ni perdre ses propriétés.

SÉANCE DU 26 JANVIER 1940

Au début de la séance, le professeur Laignel-Lavastine prononce l'éloge d'Edouard Pichon.

A propos de la transfusion. — M. Brodin. — Il est indiscutable que la transfusion de sang total constitue le meilleur mode de traitement des hémorragies. Mais le problème envisagé dans la communication du 6 octobre 1939 est uniquement un problème de guerre et c'est la raison pour laquelle l'auteur n'a pas reparlé de ses recherches depuis 1918.

Médecin de régiment pendant deux ans, l'auteur a vu que, même en période de calme relatif, il s'écoule au moins cinq à six heures entre la relève d'un grand blessé sur le terrain et son arrivée dans le poste chirurgical avancé où une transfusion de sang total est possible.

Que faire à ce grand blessé au poste de secours de bataillon, pour lui permettre, une fois l'hémostase assurée, de ne pas mourir de son hémorragie, avant qu'il n'ait atteint la première ambulance ?

On sait que la mort se produit par diminution de la masse sanguine et non par perte de globules rouges, dont il reste toujours une réserve importante dans les organes hématopoïétiques. Il faut donc reconstituer cette masse sanguine à l'aide d'un milieu capable de rester en circulation.

Or, aucun sérum artificiel ne peut jouer ce rôle ; car, s'il détermine une amélioration momentanée, la survie obtenue n'est que temporaire. Le plasma humain n'a pas cet inconvénient ; il est donc nettement supérieur à tous les sérums artificiels et cette supériorité vient d'être confirmée par des travaux effectués au laboratoire de recherches du Val-de-Grâce.

SÉANCE DU 2 FÉVRIER 1940

Un cas de polyglobulie traité par ankylostoste provoquée (résultats favorables sur la polyglobulie et sur l'hypertension artérielle). — MM. Duvoir, L. Pollet, L.-C. Brumpt et J. Chenebault. — Observation d'une artériopathique de 57 ans présentant une polyglobulie à 8.000.000, compliquée d'hémiplégie droite avec aphasie et d'infarctus pulmonaire (maladie de Gosbach). Hésitant à recourir à la radiothérapie, à l'injection de substances radio-actives ou à la phénylhydraline, les auteurs, après documentation sur la question, ont créé avec l'*Ankylostoma duodénale* une anémie progressive, chronique et contrôlable. En trois mois, les hématies sont tombées à 3.500.000, l'érythrose et les troubles fonctionnels ont disparu et la tension artérielle est tombée de *17/11 à 13/5*. Après administration partiellement efficace d'antihelminthiques, le nombre des hématies est remontée à 6.000.000 en quatre mois.

Ce traitement biologique semble destiné à des applications intéressantes, d'autant plus que les porteurs d'ankylostoses ne constituent pas un danger social, les larves ne pouvant évoluer dans les conditions climatiques des pays tempérés, ce qui enlève toute possibilité de contagion de ces « porteurs sains d'ankylostoses ».

SÉANCE DU 9 FÉVRIER 1940

Anthrax de la lèvre inférieure compliqué de staphylococcémie aiguë. — MM. A. Dutrey et Derôt.

Note sur l'urticaire. — M. Milian.

SOCIETE DE BIOLOGIE

SÉANCE DU 2 DÉCEMBRE 1939

Technique d'isolement des bacilles de Koch avirulents à partir des lésions lupiques : nécessité de l'emploi conjugué de l'inoculation au cobaye et de la recherche de l'allergie, par MM. A. Saenz et G. Canetti. — Dans un grand nombre de cas, l'inoculation de produits lupiques, chez le cobaye, se borne à déterminer une forte sensibilité tuberculinique ainsi que l'hypertrophie des ganglions satellites du lieu d'inoculation. C'est à partir de ces ganglions que l'on isole régulièrement, par ensemencement, des souches de bacilles tuberculeux des mammifères.

Sur la survie du BCG dans l'organisme du cobaye, — M. K. O. Streng. — Chez les cobayes inoculés par voie péritonéale avec 5 à 100 milligr. de BCG, ces germes perdent rapidement leur vitalité dans le pus des nodules péritonéaux qui se forment. Dès la cinquième semaine, les ensemencements du pus sur le milieu de Löwenstein deviennent le plus souvent négatifs ; même après cette date, les ensemencements des ganglions inguinaux et sous-hépatiques peuvent être positifs, bien qu'à l'examen direct les bacilles y soient beaucoup plus rares que dans les nodules péritonéaux.

Lésions rénales non spécifiques, causées chez le lapin par des bacilles tuberculeux de type bovin morts. — MM. F. van Deinse et J. Solomidès.

Inefficacité des vaccins antibrucelliques en excipient gras vis-à-vis de l'infection expérimentale du cobaye — MM. Lisbonne, Roman et Renoux.

SÉANCE DU 16 DÉCEMBRE 1939

Solutions anesthésiques — MM. J. Régnier, A. Quevauviller et A. Fieyre. — Les chlorhydrates de diverses bases (cocaïne, novocaïne, stovaïne, percaïne) passent avec des vitesses différentes à travers un septum de cellophane.

La constitution chimique elle-même bien mieux que la grandeur du poids moléculaire peut faire comprendre les phénomènes observés.

Intérêts de l'analyse photométrique de la coagulation plasmatique. — MM. André Dreyfuss et Paul Meunier. — Les mesures de la transparence du plasma sanguin au cours de sa coagulation spontanée permettent d'établir des courbes photométriques dont l'étude permet d'apprécier la valeur des divers facteurs de la coagulation : thrombokinase, thrombine et fibrinogène.

Relations entre les phénomènes d'autolyse observés dans les cultures de bacilles paratuberculeux et la libération au sein de ces cultures de protéides doués d'activité tuberculinique. — M. R. Laporte.

Le mode de division des formes végétatives dans le genre Gardia. — M. Lavier.

Présence d'anticorps neutralisants dans le tissu cérébral des animaux atteints d'encéphalite vaccinale. — MM. J. Vieuchange et F. Galli.

Phénomène de neutralisation du virus vaccinal par l'antisérum et immunité passive, étudiée « in vitro ». — M. J. Vieuchange et Mme L. Stamatin.

SÉANCE DU 6 JANVIER 1940

Recherches sérologiques sur les suites des injections à l'animal d'expérience de sérum antitétanique et de « solution d'antitoxine tétanique ». — MM. G. Ramon et R. Richou. — L'antitoxine administrée aux lapins sous forme de solution d'antitoxine persiste plus longtemps dans l'organisme de ces animaux que si elle est véhiculée par le sérum antitétanique brut. En outre, la production des précipitines par la petite quantité de protéines plus ou moins dénaturées que renferme la solution d'antitoxine est notablement retardée dans son développement.

Importance des propriétés réactionnelles et toxiques de la tuberculine des souches lupiques avirulents pour affirmer leur nature des bacilles des mammifères. — MM. A. Saenz et G. Canetti. — Les souches lupiques étudiées par les deux auteurs sont sûrement des bacilles de mammifères. Il peut y avoir dissociation entre la toxicité des tuberculines et la virulence des souches dont elles sont issues, des souches hautement toxiques pouvant être dépourvues de toute virulence pour le cobaye.

Les manifestations anaphylactiques chez l'animal d'expérience à la suite d'injections de sérum antitétanique et de « solution d'antitoxine ». Recherches comparatives. — MM. G. Ramon, R. Richou et G. Monoury. — Du point de vue des phénomènes d'ordre anaphylactique, la « solution d'antitoxine tétanique » injectée à doses répétées sous la peau des lapins ne provoque pas de réactions ou seulement des réactions beaucoup moins intenses que celles déterminées dans des conditions analogues par le sérum antitétanique ordinaire. De plus, chez le cobaye, la solution d'antitoxine tétanique se montre, à valeur antitoxique équivalente, nettement moins sensibilisante que le sérum antitétanique. Son pouvoir déchaînant est, lui aussi, très inférieur.

Eloge funèbre de M. René Gayet. — M. L. Lapicque, président.

Présentation d'ouvrage. — M. le professeur L. Binet présente son ouvrage sur *l'anoxhémie, ses effets, son traitement ; l'oxygénothérapie.*

SÉANCE DU 20 JANVIER 1940

MM. A. Clerc et R. Paris, étudiant quelques **dérivés flavoniques,** extraits de la digitale et de diverses espèces végétales, ont constaté l'existence d'une action diurétique expérimentale, qui doit entrer en ligne de compte dans les effets thérapeutiques réalisés par les différentes plantes en question.

Action pathogène et sensibilisante des bacilles tuberculeux dégraissés. — M. R. Laporte a préparé des bacilles tuberculeux délipoïdés par épuisement prolongé dans divers solvants. Une partie des bacilles ainsi dégraissés a, en outre, été traitée par de l'huile de paraffine à 56° et une autre partie par le même solvant à 250°. Une quatrième variété de bacilles délipoïdés a été obtenue en épuisant des bacilles morts par l'huile de paraffine à l'ébullition dans le vide (230°).

Tous ces bacilles ont sensibilisé le cobaye à la tuberculine et produit un phénomène de Koch typique lorsqu'on les inoculait dans la peau de cobayes tuberculeux allergiques. Le pouvoir tuberculigène des bacilles dégraissés à température peu élevée a été sensiblement identique à celui des bacilles morts non dégraissés provenant de la même souche. Les bacilles « cuits » dans l'huile à plus de 200° ont fait preuve de propriétés pathogènes et sensibilisantes encore très appréciables.

Ces expériences apportent la preuve, d'une part, de la thermo-résistance remarquable de la tuberculine contenue dans les corps bacillaires ; d'autre part, de l'importance très relative des graisses bacillaires dans les propriétés pathogènes et allergisantes des bacilles tuberculeux tués.

Eloge nécrologique de M. le professeur Desgrez et de M. Marcel Garnier. — M. Louis Lapicque, président.

CHRONIQUE

L'art de commander

M. Louis Bacqueyrisse, directeur général de la Société des Transports en commun de la Région parisienne, a trop modestement intitulé *Communication sur l'Art de Commander*, la substantielle et suggestive conférence qu'il a faite le 9 février à la Société des Ingénieurs civils.

L'orateur a montré tout d'abord à quel point l'évolution de l'industrie dans les temps modernes a modifié la notion de commandement et multiplié les qualités requises pour constituer l'âme et l'esprit d'un véritable chef.

S'inscrivant en faux contre le classique adage « on naît un chef, on ne le devient pas », M. Bacqueyrisse a établi au contraire que ces qualités primordiales existent chez de nombreux sujets et qu'une éducation rationnelle, commencée dès l'école, doit les développer et les mettre en valeur au maximum. Mais il faut aussi tenir compte des défauts, qu'il est nécessaire de combattre et d'apprendre à dominer jusqu'à les réduire à l'impuissance.

Ces points fondamentaux établis, le conférencier a étudié à longs traits les rapports du capital et du travail et montré ce que devra être dans l'avenir l'indispensable et confiante collaboration de ces deux puissances. D'importants progrès ont été faits déjà dans cette voie, surtout dans les pays nordiques, et M. Bacquerysse n'a pas manqué, à ce sujet, d'adresser un salut à la noble nation qui lutte actuellement pour la liberté et la civilisation, à la Finlande.

Cette belle conférence, attentivement écoutée par un nombreux auditoire, est le prélude d'un livre auquel M. Bacqueyrisse travaille depuis longtemps déjà et qui, vu l'importance de la question et la haute compétence de l'auteur, ne pourra manquer d'obtenir un vif succès.

A. Gaullieur-L'Hardy.

LIVRES NOUVEAUX

Le problème de l'Enfance estropiée dans le monde. — L'urgence d'une solution en France, par le Dr Max Rousseau, Paris. Le François, 1939.

La récupération de l'enfance estropiée est un problème qui en tous pays a retenu l'attention. Ce n'est que récemment qu'on s'est occupé en France de résoudre les problèmes toujours plus évidemment graves relatifs aux infirmes. Pour des raisons à la fois humanitaires et économiques, cette récupération est indispensable.

L'auteur étudie très soigneusement, dans le présent travail, la question du dépistage, celles du traitement, de l'instruction, de l'apprentissage, du placement des estropiés, ainsi que les mesures législatives indispensables à l'efficacité et à la coordination des divers organismes. La questions de l'école, de l'hôpital orthopédique, des ateliers spéciaux, des conditions de travaux des estropiés, des centres de traitement pour poliomyélitiques sont très soigneusement étudiés. On trouvera dans le présent travail de précieuses notices sur ce qui existe déjà et des notices instructives sur la façon dont la récupération de l'enfance infirme à été organisée dans les divers pays du monde.

R. L.

Les problèmes de l'enfance en Afrique Equatoriale Française, par le Dr Damien Laurent, Paris. Vigot 1938.

L'Afrique Equatoriale trop peu peuplée pour son étendue ne pourra réellement être mise en valeur que dans la mesure où s'améliorera cet état démographique. Il y faut une politique de repopulation dont le caractère le plus pratique sera la lutte contre les nombreuses causes sociales et hygiéniqes qui, dans un passé récent, ont dépeuplé le pays. Riche de sa longue expérience, l'auteur montre les mesures qu'il est nécessaire de prendre en faveur de l'enfant et en faveur de la femme indigènes pour atteindre ce but, mesures sociales et mesures hygiéniques, simples dans leur économie, elles n'en représentent pas moins, par leur complexité et l'étendue d'un pays neuf qui doit en bénéficier, une tâche de longue haleine, dont les résultats récompenseront amplement ceux qui, comme l'auteur, auront eu le courage de s'y adonner

R. L.

Collection « Médecine et Chirurgie, Recherches et Applications ». — Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

17 volumes publiés le 1er mai 1939

1° *Les spasmes de la face et leurs traitement*, par Th. Alajouanine, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, médecin des hôpitaux de Paris, et R. Thurel, ancien interne des hôpitaux de Paris, ex-chef de clinique à la Faculté, 1936. Un volume de 88 pages, 14 francs.

2° *Période de fécondité et de stérilité chez la femme*, lois d'Ogino et de Knaus, par H. Vignes, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, accoucheur des hôpitaux de Paris, et M. Robey, interne des hôpitaux de Paris. 1938 (2e édition). Un volume de 90 pages, 16 francs.

3° *Les méthodes manuelles de respiration artificielle*, par D. Cordier, professeur agrégé de physiologie et de thérapeutique générale des Ecoles nationales vétérinaires. 1936. Un volume de 90 pages, avec 9 figures, 16 francs.

4° *L'analyse mentale en pratique médicale*, par A. Austregesilo, professeur à l'Université de Rio de Janeiro. 1936. Un volume de 130 pages, 20 francs.

5° *La pathogénie des œdèmes*, confrontation des théories à la clinique, par Pierre Mauriac, professeur de clinique médicale, doyen de la Faculté de Médecine de Bordeaux. 1938. Un volume de 88 pages, 18 francs.

6° *Maladie hypertensive et syndrome d'hypertension*, par A. Dumas, professeur agrégé à la Faculté de Lyon, 1937 (*épuisé*).

7° *La radiokymographie du cœur et des vaisseaux*, par Emile Bordet et H. Fischgold. 1937. Un volume de 134 pages, avec 66 figures, 30 francs.

8° *La migraine ophtalmique*, par G. Renard, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, et A. Pascal Mekdjian, assistant d'ophtalmologie à la policlinique Ney (hôpital Bichat). 1937. Un volume de 146 pages, 22 francs.

9° *Le bégaiement ; sa nature et son traitement*, par Edouard Pichon, médecin des hôpitaux de Paris, et S. Borel-Maisonny, directeur du service de rééducation de la parole à l'hospice des Enfants-Assistés. 1937. Un volume de 100 pages, 20 francs.

10° *Traitement des constipations fonctionnelles*, par Gabriel et Roland Leven. 1938. Un volume de 88 pages, 15 francs.

11° *La ponction du péricarde*, en particulier par voie sous xiphoïdienne, par A.-B. Marfan, professeur honoraire à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine. 1938. Un volume de 76 pages, avec 3 figures, 12 francs.

12° *Traitement des suppurations pulmonaires*, par Victor Cordier, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon, médecin des hôpitaux de Lyon, avec la collaboration de P.-L. Mounier-Kuhn, ancien interne des hôpitaux de Lyon, ancien chef de clinique d'oto-rhino-laryngologie. 1938. Un volume de 174 pages, avec 24 figures, 32 francs.

13° *Les syndromes d'imprégnation tuberculeuse*, par René Burnand, chargé de cours à l'Université de Lausanne, ancien médecin directeur de sanatorium à Leysin et à Hélouan, membre correspondant de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris. 1938. Un volume de 136 pages, 24 francs.

14° *Les groupes sanguins*, leur application à la biologie, à la médecine et au droit, par Ludwik Hirszfeld, directeur du département de bactériologie et de médecine expérimentale de l'Institut d'Hygiène de l'Etat à Varsovie. Traduit du polonais par Mme Hanna Hirszfeld. 1938. Un volume de 168 pages, 30 francs.

15° *Applications médicales du nouveau Codex*, et prescriptions des substances vénéneuses, par R. Hazard, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, pharmacien des hôpitaux. 1938. Un volume de 96 pages, 18 francs.

16° *Les occlusions artérielles aiguës des membres*, formes cliniques, indications physio-pathologiques et thérapeutiques, par H. Hamovici, assistant à la Faculté de Médecine de Marseille, Research fellow in physiology (Harvard University Medical School) and Fellow of the Rockefeller Foundation. Préface du professeur J. Fiolle. 1939. Un volume de 124 pages, 26 francs.

17° *La recherche de la paternité par les groupes sanguins*. Etude technique et juridique, par Louis Christiaens. Préface du professeur Leclercq. 1939. Un volume de 108 pages, 26 francs.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

Lundi 29 janvier. — Jury : MM. Lemierre, Troisier, Chiray, H. Bénard. — M. Bravo-Sandoval. Les septicémies à bacille pyocyanique et leurs ictères. — M. Drylewicz. Influence de la vitamine C sur les accidents hémoptoïques menstruels des tuberculeuses. — M. Vissian. Conceptions actuelles de l'eczéma du nourrisson.

Mardi 30 janvier. — 1° Jury : MM. Cunéo, Jeannin, Lereboullet, Laignel-Lavastine. — M. Petit. Contribu-

tion à l'étude de l'histoire de l'orthopédie. — M. Faudot dit Bel. Le traitement du placenta praevia. — M. Rivière. Contribution à l'étude de l'appendicite gangréneuse de l'enfant. — M. Jakol, La pathologie de représentations mentales descriptives de la paralysie juvénile. — M. Benoit. L'étude des perversions sexuelles acquises.

2° Jury : MM. Tanon, Gougerot, Lemaitre. — M. David. Contribution à l'étude de la gastroscopie digestive. — M. Fieheux. Contribution à l'étude clinique du pouvoir cicatrisant des vitamines A et D associées à la chlorophylle. — M. Delcambre. Contribution à l'étude de l'hérédité du diabète sucré. — M. Lanchon. Kératose gonococcique. — M. Meillon. De l'utilisation de procédés physiques nouveaux pour l'examen du larynx et pour l'étude de la phonation normale et pathologique — M. Le Codonnec. Contribution pratique à l'étude des insuffisances respiratoires nasales chroniques dans l'armée. — M. Laubry. Les causes d'erreur de la détermination des groupes sanguins.

Mercredi 31 janvier. — Jury : MM. Couvelaire, Gosset, Mathieu, Binet. — M. Azaiz. Grossesse tubaire et salpingo-ovarites. — Mlle Sibertin-Blanc. Etude sur le sort lointain des enfants nés débiles et prématurés. — M. Robin. De l'emploi de la pince de Von Detz en chirurgie gastrique. — Mme Lazard. Contribution à l'étude de certaines formes trompeuses de cancers du sein. — M. Boncour. Destin cellulaire. Aspect philosophique du problème des ultra-germes. — M. Sagues. Etude de l'influence de la baisse de tension de l'oxygène respiratoire sur la température homéotherme. — M. Ricaud. A propos de quelques cas d'acrodynie dans la région de Rennes. — M. Maury. La réaction de Takata-Ara en tant que test d'insuffisance hépatique.

Jeudi 1er février. — Jury : MM. Pierre Duval, Nobécourt, Guillain, Velter. — M. Mayaud. L'ostéodèse transcutanée dans les fractures spiroïdes de jambe et les fractures marginales postérieures du tibia. — M. Martin. A propos d'un cas de volvulus aigü du caecum avec gangrène. — M. Chapeyron. Traitement des néphrites aigües de l'enfant par le régime sec. — M. Jouhannaud. Contribution à l'étude des compressions lentes de la moelle. — M. Roulet. Traitement des blessures de guerre de la région orbito-palpébrale et du globe oculaire. — M. Normand. Complications irido-ciliaires au cours de la spirochétose ictéro-hémorragique. — M. Bentkowski. La cataracte par les irradiations du radium et par les rayons X. — Mlle Audureau. Recherches sur les bactéries de l'œil. Etude du genre Moraxella.

Lundi 5 février. — Jury : MM. Lemierre, Loeper, Troisier, Binet, Leroux. — M. Durnerin. Du rôle pathogène des bacillus ramosus. — M. Moseovici, Lazar. Contribution à l'étude de l'utilisation thérapeutique du carbone intraveineux. — M. Louart. Etude de la bronchographie lipiodolé. — M. Theiler. A propos d'une nouvelle réaction dans les urines. Réaction de Revici.

Mercredi 7 février. — Jury : MM. Tanon, Mauclaire, Funck-Brentano, Moreau. — MM. Maer. Hygiène des camps militaires permanents et mobiles en France. — M. Gromier. Etude anthropologique et physiopathologique des populations des territoires du sud de l'Algérie. — M. Pribat. De quelques maladies dues aux produits et soins de beauté. — M. Borry. Le rôle des hormones dans certaines cirrhoses hépatiques. — M. Gruet. Endémie palustre dans les troupes indigènes du Sud Tunisien. — M. Gerber. Nos connaissances actuelles sur le centre régulateur hématopoïèse. — M. Seibel, H. Traitement de la blennorragie par le sulfamide non dérivé acétylé et le sulfamido-pyridine.

Jeudi 8 février. — 1° Jury : MM. Duval, Nobécourt, Jeannin, Lereboullet. — M. Florentin. Les branchiomes malins. — M. Fourès. A propos d'une observation d'ané-

mie pernicieuse aiguë chez une enfant de 3 ans. — M. Moscovici, Simon. Contribution à l'étude des ruptures utérines en dehors du travail. — M. Périllo. Tumeur de la branche ischéo-pubienne, césarienne. — M. Vesval. A propos d'un syndrome agranulocytaire chez l'enfant.

2° Jury : MM. Chevassu, Laignel-Lavastine, Laubry, Mondor. — M. Fontaine. L'ectopie rénale croisée. — M. Nansot. Les accidents mortels consécutifs à la ponction lombaire. — M. Denizet. Un cas de dégénérescence sarcomateuse de la maladie osseuse, dite maladie de Paget.

Lundi 12 février. — Jury : MM. Loeper, Binet, Mathieu, Henri Bénard, Troisier. — M. Buisson. La thérapeutique intracérébrale de la paralysie générale. — M. Péquériaux. Contribution à la recherche de formes assimilables de calcium. — M. Verliac. Connaissances actuelles sur l'influence des accélérations en avion sur l'organisme. — M. Delarue. Essai de synthèse des données acquises concernant le diagnostic des tumeurs des os. — M. Fénéon. Rhumatisme chronique et syphilis. — M. Péquignot. Contribution à l'étude de l'hyperglycémie asphyxique du foie. — M. Ville. Cavernes irrétractibles.

Mardi 13 février. — Jury : MM. Cunéo, Gougerot, Laignel-Lavastine, Mondor. — M. Michel. Contribution à l'étude de la lithiase sous-maxillaire. — M. Mardy. A propos de quelques observations de complications oculaires du molluscum contagiosum de la paupière. — M. Gourevitch. Contribution à l'étude du parkinonisme manganique. — — Etiologie. — Prophylaxie. — Mlle Mousikand. Contribution à l'étude de l'autohémothérapie pré-opératoire. — M. Lasserre. Etude sur les causes de la mort dans les avortements.

Mercredi 14 février. — Jury : MM. Couvelaire, Gosset, Grégoire, Aubertin. — M. Dépaillat. Contribution à l'étude des syndromes rénaux de la grossesse par les tests de fonctionnement rénal. — M. Nicoulaud. La maladie des caissons à forme d'arthrite de la hanche. — M. Rogeon. A propos du syndrome de Klippel-Thenannay. — M. Koskinas. A propos d'un cas de myélocytome.

Jeudi 15 février. — Jury : MM. Nobécourt, Tanon, Chevassu, Gastinel. — M. Beziaud. Toxines et antigènes des bacilles dysentériques. — M. Feldman. Les variations de la température cutanée individuelle. — M. David. Essai de traitement de la tuberculose, du cancer et de la lèpre par l'huile de chenevis cholestérinée. — M. Rozenblum. Traitement de la blennorragie en milieu militaire par l'association sulfamides basalmiques. — M. Lagasse. Essai de synthèse des conceptions actuelles sur les ultra-virus. — M. Hoareau. Considérations sur les tumeurs gastriques de nature bénigne. — M. Pillet. Du rôle du sympathique dans certains cas de torsion du testicule chez l'enfant.

THESES VETERINAIRES

Samedi 27 janvier. — Jury : MM. Robert Debré, Verge, Panisset. — M. Brenot. Contribution monographique à l'étude des colorants et des méthodes de coloration en bactériologie et en histologie.

Lundi 5 février. — Jury : MM. Binet, Maignon, Chelle. — M. Binot. Cycle oestral de la chatte.

Mercredi 7 février. — Jury : MM. Tanon, Robin, Coquot. — M. Le Bras. Obstruction intestinale du cheval par les pelotes stercorales.

Jeudi 8 février. — Jury : MM. Laubry, Robin, Maignon. — M. Bailly. Syndrome cardio-vasculaire dans la néphrite chronique du chien.

Mercredi 14 février. — Jury : MM. Couvelaire, Chelle, Coquot. — M. Helmer. Réduction de la matrice chez la vache et la jument.



PRATIQUE MÉDICALE

LA PNEUMONIE POST-GRIPPALE

La pneumonie est une complication relativement fréquente de la grippe, mais il serait erroné de croire que la grippe se complique toujours d'une pneumonie grave.

La forme grave de cette affection est en effet exceptionnelle, tandis que la forme relativement bénigne s'observe très souvent au cours de l'épidémie de grippe actuelle.

Comment éviter qu'un malade grippé fasse une pneumonie? Il faut tout d'abord mettre le malade au lit et à l'alimentation exclusivement liquide, pratiquer la révulsion thoracique et en même temps désinfecter son appareil broncho-pulmonaire et stimuler son état général.

Pour désinfecter l'appareil broncho-pulmonaire sans aucun danger et avec les meilleurs résultats, rien ne vaut l'imprégnation thiocolée, par exemple avec le Sirop Roche.

Cette imprégnation thiocolée intensive est antiseptique, antiinfectieuse et en même temps eupeptique et stomachique. Elle peut être réalisée chez les enfants aussi bien que chez les adultes et les vieillards, selon le cas.

Pour stimuler l'appareil général, à la potion de Todd et à l'élixir de Garus, il faut préférer le Tonique Roche que l'on peut mélanger aux boissons et donner à la dose de 4 cuillerées à café par jour chez l'adulte.

Chez l'enfant il est peut-être préférable d'administrer le nestrovit qui contient les 4 vitamines indispensables A, B_1, C, D, et qui est toujours admirablement accepté.

Si au cours de l'infection, on constate des névralgies et des points de côté, en plus de la révulsion déjà pratiquée, on fera prendre un ou deux comprimés d'allonal par exemple.

C'est aux formes graves seulement que l'on réservera les toni-cardiaques intensifs et les traitements d'urgence dont il n'y a pas à faire état ici.

Nous répétons volontiers que si on a la précaution d'imposer à tous les grippés l'imprégnation thiocolée, les complications même bénignes seront exceptionnelles.

NOTES POUR L'INTERNAT

ERYSIPÈLE DE LA FACE (1)

(Suite et fin)

PRONOSTIC. — Malgré une telle énumération de formes graves et de complications, insistons encore sur ce fait que, dans la majorité des cas, un érysipèle, sur un terrain suffisamment résistant, est d'un pronostic *bénin*, bien que souvent il *récidive*. On a voulu voir dans l'*hémopronostic* de Chantemesse, qui consiste à suivre quotidiennement l'évolution de la polynucléose — un moyen de prévoir l'évolution même de l'érysipèle. Mais cet examen ne peut faire partie de la pratique courante. Répétons encore que l'avènement la chimiothérapie semble l'avoir dans l'ensemble amélioré.

DIAGNOSTIC. — 1° Au début, quand la plaque n'est pas encore apparue, c'est le diagnostic d'une angine simple.

C'est surtout celui d'une fièvre éruptive, ou d'une pneumonie.

2° Le diagnostic de la plaque est, par les caractères propres de celle-ci, généralement facile.

a) Il est classique de le différencier des furoncles, lymphangite et abcès de la face, notamment de la *dacryocystite*. Mais ici le maximum des lésions est *centripète*.

b) Exceptionnellement se discutent :

Les oreillons ou une parotidite aiguë.

Un érythème polymorphe, ou médicamenteux (savoir néanmoins que, dans un but de supercherie, les thapsias ont été utilisés pour donner un aspect pseudo-érysipélateux).

Une éruption urticarienne géante avec œdème de Quincke.

c) Deux diagnostics rares sont cependant classiques :

L'œdème malin des paupières, plaque molle et pâle, peu douloureuse, située à l'angle externe de l'œil et contenant la bactéridie charbonneuse.

La morve aiguë, sans bourrelet, aboutissant à une ulcération avec petits abcès disséminés.

d) *En fait*, trois erreurs surtout sont à éviter :

Le zona ophtalmique, quand la topographie des placards et des vésicules, quand l'intensité des névralgies ne sont pas absolument caractéristiques.

L'eczéma aigu, avant que le suintement caractéristique apparaisse.

Enfin, *la forme érysipélatoïde d'une septicémie staphylococcique*, le placard qui se forme, cyanique, très douloureux et d'une dureté ligneuse, succède généralement à un furoncle du nez ou de l'oreille. Toute la région atteinte est le siège d'un œdème considérable. Mais cette plaque reste *froide* (thrombose des vaisseaux), et on trouve le staphylocoque dans les pustules purulentes qui contient sa surface, comme d'ailleurs à l'hémoculture.

TRAITEMENT :

Local. — Traitement classique : pommade au collargol.

Plus récemment : teinture d'iode à 1/20. Trois fois par jour sur la plaque et autour.

Ou liniment à l'ichtyol (dans la glycérine et l'alcool).

Général. — Classiquement : métaux colloïdaux.

Diurétiques, toni-cardiaques si besoin.

Urotropine veineuse.

Actuellement, le sérum anti-streptococcique de Vincent a donné des résultats brillants.

Il en est de même, semble-t-il, des médications chimiothérapiques (colorants azoïques ou médications sulfamidées) avec les précautions sur lesquelles on insiste actuellement.

Enfin, dans les érysipèles récidivants, savoir rechercher et supprimer le foyer infectant (végétations adénoïdes, lésions de la muqueuse nasale) qui sert de porte d'entrée au streptocoque.

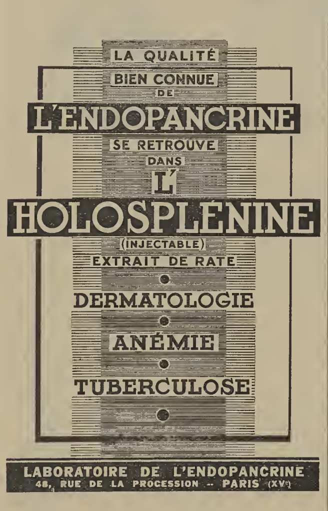
Guy Le Sueur

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux*, 1940, nos 7-8 et 11-12.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris


AÉROCID
AIR TUE
nouveau traitement
DE L'AÉROPHAGIE
PAR L'OPOTHÉRAPIE
un cachet ou
deux comprimés
au lever et
au coucher
LABORATOIRE DE L' AEROCID, 20, RUE DE PETROGRAD, PARIS (8e)


LA QUALITÉ
BIEN CONNUE
DE
L'ENDOPANCRINE
SE RETROUVE
DANS
L'
HOLOSPLÉNINE
(INJECTABLE)
EXTRAIT DE RATE
DERMATOLOGIE
ANÉMIE
TUBERCULOSE
LABORATOIRE DE L'ENDOPANCRINE
48, RUE DE LA PROCESSION — PARIS (XVe)

Nos 17-18. — 28 FEVRIER, 2 MARS 1940. 113e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux. — *Hôpital civil de Constantine.* — Deux postes d'internes en chirurgie sont vacants à l'hôpital civil de Constantine. Les étudiants ou étudiantes de 4e année, ayant une expérience chirurgicale, peuvent postuler pour ces emplois. *Avantages :* logement, nourriture, blanchissage et 700 francs pendant trois mois de stage. *Traitement :* 1.000 francs par mois dès la titularisation.

Références à adresser avec demande à M. le Directeur de l'hôpital civil de Constantine. Les candidats doivent être dégagés de toutes obligations militaires.

Faculté de Médecine de Paris. — La deuxième épreuve écrite obligatoire de 2e année aura lieu le 2 mars.

Le tirage au sort de cette épreuve a eu lieu à l'issue du cours de physique le vendredi 23 février.

L'écrit de physiologie aura lieu le 7 mars.

— *Session de mars réservée aux étudiants devant être appelés en avril.* — D'après une décision récente, cette session, qui doit être réservée aux étudiants qui seront appelés en avril prochain, ne comprendra que ceux appartenant à la première partie du deuxième contingent de la classe 1939, c'est-à-dire ceux qui sont nés du 1er juillet au 30 septembre 1919.

Les étudiants de la deuxième partie du deuxième contingent devront continuer leurs stages et leurs exercices scolaires jusqu'à la fin du deuxième semestre.

Leurs examens auront lieu normalement en juin.

— M. le professeur Ombrédanne continuera son enseignement tous les lundis à 10 heures : leçon clinique au poste de secours des Enfants-Malades. Le mercredi et le vendredi, à 10 heures, la leçon est faite par M. Lance, assistant.

Faculté de Médecine de Bordeaux. — M. Maurice Brouha, l'éminent professeur de clinique gynécologique et obstétricale de l'Université de Liége, président de la Société Royale Belge de Gynécologie et d'Obstétrique, a reçu le diplôme de docteur *honoris causa* de la Faculté de Médecine de l'Université de Bordeaux.

M. Blanchot est chargé de l'enseignement de l'anatomie, en remplacement de M. Beauvieux, mobilisé. M. Sabrazès, professeur honoraire, est chargé de l'enseignement de la clinique médicale en remplacement de M. Duperu, mobi-

lisé. M. Villar est chargé de la clinique chirurgicale en remplacement de M. Charrier, mobilisé.

Faculté de Médecine de Lille. — MM. les professeurs Vanverts, Potel et Le Fort, retraités, ont été rappelés.

Faculté de Médecine de Lyon. — M. Genet remplace à la clinique ophtalmologique le professeur Paul Bonnet, mobilisé. M. Richet remplace M. Gabriel, mobilisé. M. Levrct remplace à la clinique médicale M. Froment, mobilisé.

Faculté de Médecine de Nancy. — MM. Jandelize, Frœlich, Hoche, Jacques, André, professeurs honoraires, ont été maintenus ou rappelés.

Médaille des épidémies. — La médaille des épidémies en argent a été décernée à Mlle Eyraud (Geneviève), interne des hôpitaux de Paris, pour maladie grave contractée en service.

Académie des inscriptions et belles lettres. — Le prix du duc de Loubat (3.000 francs) a été attribué au Dr Jehan Vellard pour ses travaux sur la civilisation de certaines peuplades de l'Amérique du Sud.

Ministère de l'Armement. — M. le médecin général Beyne a été nommé président du Comité I (hygiène et alimentation) de l'Institut de la recherche scientifique appliquée à la Défense Nationale.

Défense passive. — Le *Journat Officiel* du 23 février publie un décret relatif aux infractions commises en matière de défense passive, notamment en ce qui concerne l'éclairage. Un premier procès-verbal entraîne des amendes de 5 à 15 francs. En cas de récidive, les contrevenants sont passibles d'une peine de six jours à un mois de prison, ou d'une amende de 16 à 20 francs.

Protection de la maternité et de l'enfance. — Le *Journal Officiel* du 24 février publie, pages 1377 à 1379, l'approbation du projet de règlement type établi par le Conseil d'Etat et relatif à l'organisation dans les départements du Service médico-social de la protection de la maternité et de l'enfance.

Le transport gratuit aux infirmières de la Croix-Rouge. — Le ministre des Travaux Publics et des Transports vient de faire connaître que les infirmières de la Croix-Rouge en service dans les formations du Service de Santé militaire du territoire et des armées bénéficieront de la gratuité de transport, en principe en première classe, à l'occasion de leurs déplacements de service et de leurs permissions régulières de détente ou de permissions délivrées à titre exceptionnel.

La surveillance médicale dans les lycées. — Par décret : « Le maximum de la cotisation annuelle par famille que les lycées de garçons et de jeunes filles désignés par décision ministérielle percevront pour le service de la surveillance médicale des élèves est fixé à 45 francs. » (*J. O.*, 8 fév. 1940.)

IIIe Congrès international de gastro-entérologie. — Ce Congrès devait avoir lieu à Londres, du 15 au 18 juillet 1940, avec le programme suivant :

— *Rapport réciproque des troubles sanguins et des troubles gastriques ;*

— *L'iléite régionale.*

Le secrétaire général de l'Association internationale de gastro-entérologie, notre excellent confrère Georges Brohée, fait connaître que devant la situation internationale actuelle, le IIIe Congrès est remis à une date ultérieure.

Le IIe salon de la France d'outre-mer s'ouvrira le 2 mai prochain. — Jamais ne se sont autant affirmées que depuis la guerre l'unité et la solidarité de l'Empire français. Cette force nouvelle, gage certain de la victoire, recevra une éclatante consécration par l'ouverture du salon de France d'outre-mer, au Grand-Palais. Cette importante manifestation, organisée sous la présidence de M. Louis Rollin, ancien ministre des Colonies, se déroulera du 2 au 26 mai. Ainsi en a décidé M. Georges Mandel, qui veut intensifier, malgré la guerre, l'activité de notre Empire.

La magnifique nef des Champs-Elysées offrira cette année un tableau grandiose de l'Empire. Toutes ses productions, qui assurent en ce moment le ravitaillement de la Métropole, seront représentées. Les produits alimentaires les plus divers et les plus variés voisineront avec les richesses minérales et industrielles. Tout l'effort réalisé par la France pour la mise en valeur de ses territoires d'outre-mer sera ainsi mis en évidence aux yeux du public français.

Le salon de la France d'outre-mer consacrera enfin une part des plus importantes à l'armée de l'Empire. Une exposition rétrospective des troupes coloniales témoignera de la vitalité d'une armée d'élite qui participe à la défense du territoire national.

— *Stand des publications médicales de l'empire français et des publications de médecine tropicale de la métropole.* — Un stand où seront exposées les publications médicales de l'empire français et les publications de médecine tropicale de la métropole sera installé au IIe salon de la France d'outre-mer pendant toute la durée de ce salon. Il aura pour but de montrer, d'une part, l'effort scientifique accompli par nos médecins aux colonies et, d'autre part, l'intérêt de plus en plus grand pris par la presse médicale métropolitaine à la médecine et à l'hygiène tropicales.

Les adhésions sont gratuites ; les faire parvenir, avec les publications devant figurer à cette exposition, avant le 15 avril 1940, à la *Revue du Paludisme et de Médecine tropicale*, 36, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie, Paris (4e), chargée de cette organisation.

Les bandes molletières ont-elles vécu ? — Les bandes molletières qui, avec les chasseurs alpins et les troupes britanniques de l'Inde avaient connu depuis cinquante ans une vogue justifiée, semblent maintenant devoir disparaître. On les accuse, en effet, à tort ou à raison, peut-être parce qu'elles sont souvent mises sans soin, de favoriser les pieds de tranchée et les gelures.

RENSEIGNEMENTS

On demande d'urgence un médecin (médecine générale), à Evron (Mayenne). S'adresser à M. Rossignol, maire d'Evron.

PÉRITONITE A PNEUMOCOQUES

chez une femme de 60 ans, obèse et diabétique

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

sur la Péritonite à pneumocoques de l'adulte

Par MM.

O. Lambret, Professeur de Clinique chirurgicale

Ch. Gernez, Professeur de Bactériologie

Cl. Huriez, Agrégé

à la Faculté de Médecine de Lille

Plusieurs points de l'observation que nous apportons méritent d'être développés et discutés.

a) La péritonite à pneumocoques est une affection suffisamment rare, surtout chez l'adulte âgé, pour qu'on insiste sur les difficultés de son diagnostic, malgré le concours du laboratoire.

b) L'amélioration survenue immédiatement après draînage pratiqué au huitième jour est loin d'être une condamnation d'une intervention relativement précoce qui est cependant discutée au cours des péritonites à pneumocoques.

c) Car l'évolution tardivement fatale de ce cas tient uniquement à l'état du terrain sur lequel s'est développé l'infection pneumococcique. L'obésité et le diabète de la malade ont certainement favorisé la diffusion des suppurations pariétales, rebelles à toute thérapeutique, dont la généralisation a finalement entraîné la mort au 101e jour. Ce cas est une raison d'insister sur les dangers des affections chirurgicales au cas de troubles glyco-régulateurs, malgré l'amélioration considérable apportée par l'insulinothérapie à la chirurgie des diabétiques.

d) Enfin cette observation valait d'être rapportée, ne fut-ce que pour la rareté d'un accident de l'insulinothérapie, car un coma hypoglycémique avait pris chez cette femme le masque d'un ictus apoplectique, avec hémiplégie et irritation pyramidale, tous signes qui disparurent en moins d'une heure sous l'influence d'injections glucosées.

Observation

La malade était une femme de 60 ans, obèse, qui présentait depuis quinze ans une glycosurie marquée. Ce trouble de la glycorégulation se traduisait uniquement en clinique par un prurit vulvaire tenace. La malade, suivie par l'un de nous depuis 1933, n'avait présenté aucune complication artérielle ou neurologique du diabète.

Le 28 août 1936, alors qu'elle était en bonne santé, Mme W... accusa des *frissons* intenses, suivis d'une élévation thermique brutale à 39°. Elle fut examinée le 30 pour la première fois : la température se maintenait à 39° depuis deux jours, le pouls était régulier, au rythme de 110. La malade n'avait cependant nullement l'aspect d'une « infectée » ; elle n'accusait aucun malaise. L'examen physique révélait l'existence de quelques râles congestifs à la base gauche. L'abdomen était un peu balloné, mais souple ; seule la région sus-pubienne était légèrement sensible à la palpation. Il existait une leucorrhée un peu plus accusée que de coutume. Il n'y eut aucune modification notable le 31 août. Le diagnostic clinique restait en suspens : de la *grippe*, la malade ne présentait ni l'abattement, ni les douleurs, ni l'aspect infecté.

Elle avait mangé des moules quinze jours auparavant, mais contre l'hypothèse de *fièvre typhoïde* s'inscrivaient l'absence de dissociation du pouls et de température, de tuphos, d'épistaxis, de taches rosées, de diarrhée, de splénomégalie. Néanmoins une hémoculture et un sérodiagnostic furent demandés.

Le 1er septembre, la température est de 39°4. Le météorisme abdominal s'accentue et apparaissent des douleurs dans le flanc droit, siège d'une légère défense. L'exagération de la réaction du flanc droit fit discuter de la possibilité d'une *appendicite*, bien qu'il n'y eut ni hoquet, ni vomissements, ni arrêt des gaz.

Par ailleurs, le laboratoire faisait savoir que l'hémoculture était restée stérile et que le séro-diagnostic était négatif.

Malgré l'imprécision du diagnostic, en raison de l'accentuation de la « défense » au niveau du flanc droit, on décida d'intervenir, après préparation insulinique.

L'intervention eut lieu le 2 septembre à 22 heures, sous anesthésie générale. Elle consista en une incision classique de la région appendiculaire. A l'ouverture du péritoine, s'échappa un liquide louche, purulent, inodore. Les dernières anses iléales étaient recouvertes par de fausses membranes, qui furent prélevées aux fins d'examens bactériologiques. Cependant l'exploration digitale décelait un foyer appendiculaire. Son extériorisation fut malaisée : l'appendice était turgescent, recouvert de fausses membranes ; le méso était gros et induré comme dans une péritonite plastique. L'appendice fut enlevé, avec enfouissement du moignon. Un sac de caoutchouc fut mis en place pour assurer le drainage du flanc droit. Un seul crin fut noué sur les plans superficiels, pour ne pas entraver le drainage et surtout en raison de l'épaisseur du tissu cellulaire sous-cutané de cette obèse, par ailleurs diabétique.

L'examen de l'appendice devait faire éliminer l'origine appendiculaire de cette péritonite : en effet l'organe apparût à peu près normal, quand il fut débarrassé des membranes épaisses qui l'enrobaient : il ne présentait pas traces de perforation.

En raison de l'abondance et de l'aspect des fausses membranes dans ce flanc droit, on discuta alors de la possibilité d'une *péritonite à pneumocoques*.

Le 2 septembre, à 23 heures, fut pratiqué au laboratoire de bactériologie de la Faculté l'examen d'une des fausses membranes prélevées lors de l'opération. Un frottis mit en évidence d'assez rares diplocoques lancéolés, colorés par la méthode de Gram.

Les cultures sur bouillon-albumine, gélose-albumine et gélose-foie-sang donnèrent lieu à un développement abondant de diplocoques et de diplo-streptocoques. La recherche du phénomène de Neufeld, pratiquée sur la culture en milieu liquide, montra la lyse complète des cultures sous l'influence de la bile. Une souris fut inoculée et sacrifiée quarante-huit heures plus tard : l'examen du sang du cœur montre la présence de diplocoques encapsulés.

Le diagnostic de *péritonite à pneumocoques* pouvait donc être affirmé au moment où l'on nous confirmait que l'hémoculture était restée stérile six jours après sa mise en observation.

Cette péritonite à pneumocoques allait évoluer durant plus de trois mois. Pour la clarté de l'exposé, il nous faut schématiser en quatre phases l'évolution post-opératoire.

Première phase d'amélioration générale.

Après une exacerbation du syndrome infectieux dans la journée du 4 septembre, nous avons assisté à une amélioration remarquable de l'état général.

De 40°2 la température baissa régulièrement pour osciller entre 37° et 37°4 les 11 et 12 septembre. Durant ces huit jours, la malade avait reçu une injection quotidienne de 10 cc. de septicémine et un volume total de *780 cc. de sérum antipneumococcique* par voie intra-musculaire.

Mais cependant l'état local n'était guère satisfaisant. La suppuration était abondante et s'accompagnait d'une rougeur vive des bords de la plaie avec traînées de voisinage.

Deuxième phase d'infection pariétale avec tendance a l'hecticité.

L'apyrexie ne dura que quarante-huit heures et la fièvre s'alluma dès le 13 septembre, croissant chaque jour, pour atteindre à nouveau 39°8 le 20 septembre. Durant toute cette semaine, deux hypothèses furent surtout discutées : comme l'élévation thermique coïncidait avec l'apparition d'arthralgies, d'un prurit intense, de placards rouges, d'urticaire et d'ecchymoses, on espéra un moment qu'il s'agissait d'une réaction sérique un peu vive, conséquence de la dose massive (780 cc.) injectée du 1er au 10 septembre. Mais tous les symptômes cutanés et articulaires régressèrent rapidement grâce à l'emploi d'adrénaline, de chlorure de calcium et d'hyposulfites alcalins ; par contre, l'élévation de la température faisait redouter une rechute de l'infection

pneumococcique que l'on avait tenté de prévenir en faisant succéder à la sérothérapie une vaccinothérapie antipneumococcique et en reprenant les injections de septicémine.

Rien n'y fit et du 20 septembre au 30 octobre la malade présenta une température véritablement hectique avec dénivellations de près de 3° entre les températures matinales et vespérales. On suspecta une localisation profonde de l'infection pneumococcique : on songea avant tout à un enkystement du processus péritonéal dans la région sus-cæcale. Il existait une douleur vive à la pression de la région située au-dessus de la plaie, et l'on percevait une résistance profonde dans le flanc droit à hauteur de l'épine iléaque antéro-supérieure. Des radiographies de la région hépatorénale, avant et après lavement baryté, ne montraient cependant aucune image pouvant faire songer à une collection.

Il n'y avait d'ailleurs pas de signes hématologiques d'un abcès profond le nombre des globules blancs oscillait entre 8.000 et 11.400 éléments par mm³, avec un taux de polynucléaires compris entre 72 et 83 %.

En réalité, il fallut bien admettre que l'entretien de la suppuration initiale et l'infection pariétale suffisaient à créer cet état d'hecticité. Durant tout le mois de septembre et le début d'octobre, malgré les pansements quotidiens au sérum antipneumococcique et la pose de deux drains, la plaie était constamment souillée par un pus épais, bien lié. Après brossage à l'éther, le fond et les bords restaient recouverts de fausses membranes analogues à celles qui recouvraient les anses iléales lors de l'intervention.

L'inflammation, au pourtour de l'incision nécessita au début d'octobre le débridement des angles de la plaie. Le 10 octobre, apparût un œdème sus-pubien, avec rougeur et sensibilité à la pression : on dût pratiquer à ce niveau une boutonnière superficielle. Mais entre l'angle interne de la plaie opératoire et cette incision sus-pubienne, tout le tissu cellulo-graisseux sus-aponévrotique se tunellisa et l'on put placer un drain entre les deux foyers. Quelques jours plus tard, l'infection pariétale étendait ses traînées lymphangitiques au delà de la ligne médiane, vers la gauche. Une induration douloureuse à ce niveau nécessita une troisième incision. Durant la deuxième moitié d'octobre, la paroi abdominale sous-ombilicale était le siège d'un véritable *phlegmon ligneux*, à tendance serpigineuse. Cette induration disparut après dix jours de pansements humides. Cette amélioration pariétale s'accompagna d'une chute définitive de la température. Néanmoins la plaie opératoire et les deux contre-incisions restèrent atones durant toute l'évolution de l'affection. Elles ne furent modifiées ni par les applications de synthol, ou de vin aromatique, ni par les attouchements de nitrate d'argent, ni par leur saupoudrage par de la poudre de charbon, de tanin ou de vitamine A (Flétase-Carottase-pommade Ammunine). L'irradiation par lampe à arc n'activa en rien la réparation de ces plaies. La suppuration à leur niveau était très abondante. Ce ne fut qu'au bout de deux mois et demi que disparurent les fausses membranes qui tapissaient leur fond. Quatre-vingt-dix jours après l'intervention, la plaie opératoire ne présentait aucun bourgeon. Les bords formés par une couche de tissu graisseux de plusieurs centimètres d'épaisseur étaient grisâtres.

Mais à côté de cette suppuration au niveau de la paroi abdominale, l'évolution de la maladie fut aggravée par la survenue d'une escarre sacrée et d'une pyodermite fessière diffuse, malgré des soins très minutieux du siège. L'escarre qui débuta en octobre à la partie supérieure du sillon interfessier atteignit en fin novembre la taille d'une paume de main, mettant à nu la face postérieure du sacrum. Mais surtout se développèrent en octobre une série de volumineux furoncles qui recouvrirent tout le siège à la façon d'un véritable « cannage ». Ces abcès s'étendaient très profondément, suppuraient abondamment, mais n'évacuaient jamais leur bourbillon. Aucun de ceux apparus en octobre n'était cicatrisé en décembre, et par contre l'infection s'étendait en tous sens, de nouveaux furoncles apparaissant au niveau des lombes et des cuisses.

Après plus de deux mois d'évolution, au début de novembre 1936, l'apyrexie avait été obtenue. Malgré l'atonie des plaies, et le caractère interminable de la suppuration pariétale, il était permis d'entrevoir une issue favorable, quand survinrent des *accidents hypoglycémiques* qui faillirent être mortels.

Troisième phase,

Le trouble glyco-régulateur était, nous l'avons déjà dit, assez important chez notre malade. En 1933, la glycosurie atteignait 71 gr. par litre (diurèse de 1 l. 800), alors que la glycémie était de 1 gr. 77. L'observation d'un régime pauvre en hydrates de carbone permettait de réduire le taux du sucre urinaire à 45 gr. en novembre 1934, puis à 4 gr. en octobre 1935. L'urine ne renfermait que des traces de glucose, quand éclata la péritonite à pneumocoques en août 1936.

La glycosurie remonta à 7, puis 10 gr. par litre dans les premiers jours qui suivirent l'intervention, malgré l'injection de 20, puis 40 unités d'insuline par jour. L'administration de 60 unités d'endopancrine amenait la disparition du glucose dans les urines. La ration quotidienne d'insuline fut progressivement réduite à 40, puis 20 unités, et totalement supprimée le 30 septembre.

Les urines restèrent aglycosuriques, en dehors de toute insulinothérapie jusqu'au 8 octobre, date à laquelle réapparût une glycosurie de 19 gr. par litre, bien que le régime de la malade n'ait été modifié en rien. La reprise de l'insulinothérapie amena la chute à 6 gr. de la glycosurie et sa disparition le 14 octobre, cependant que la glycémie était ramenée de 2 gr. 60 le 8 octobre, à 1 gr. 27 le 17 octobre.

Bien que le trouble glyco-régulateur eut été ainsi amélioré, en raison de l'état atone des plaies opératoires, de l'infection diffuse du siège, on poursuivit une insulinothérapie modeste, tout en élargissant la ration hydrocarbonée alimentaire.

Sans aucun prodrome, éclata le 4 novembre un accident hypoglycémique qui eut été mortel, s'il n'avait pu être immédiatement combattu : à 18 heures, la malade avait reçu une injection de 20 unités d'insuline, précédant d'un quart d'heure l'ingestion d'un repas, qui renfermait notamment 100 gr. de pommes de terre. Une heure plus tard, la malade était secouée de frissons et perdait connaissance.

Quand l'un de nous pût l'examiner, elle présentait un coma profond avec stertor, et l'on mettait en évidence une hypotonie absolue des membres gauches avec postivité du signe de Babinski de ce côté. L'absence de glucose et de corps cétoniques dans les urines recueillies par sondage suffisait à écarter le diagnostic de coma acidosique chez cette diabétique.

La netteté de l'hémiplégie gauche ne permettait pas d'éliminer le coma apoplectique chez une ancienne hypertendue, dont la tension maxima restait encore à 16 après plus de deux mois de suppuration.

Mais l'administration, durant trois semaines, d'insuline en dehors de toute glycosurie, devait faire rechercher l'hypoglycémie ; un dosage du sucre sanguin pratiqué sur le champ révéla une chute à 0,44 de la glycémie. Une injection intraveineuse de 200 cm³ de sérum glycosé à 60 % amena une véritable « résurrection ». En moins d'un quart d'heure, le coma disparut ainsi que les signes d'hémiplégie et d'irritation pyramidale.

Des accidents hémiplégiques au cours de l'insulinothérapie, ont déjà été publiés : ils ont été notamment discutés par Labbé et Boulin (1) qui opposent les hémiplégies transitoires rétrocédant, comme chez notre malade, en quelques minutes et définitivement grâce à des injections de sérum glucosé, ils les opposent aux hémiplégies permanentes plus sévères et parfois mortelles.

Diverses hypothèses ont été évoquées par ces auteurs ; il ne retiennent guère la possibilité d'un *œdème cérébral*, car l'œdème insulinique n'apparaît pas aussi subitement et ne disparaît pas instantanément lors d'injections glucosées.

La majorité des auteurs incriminent un *trouble de la nutrition cérébrale*, consistant soit en modifications de l'équilibre ionique ou osmotique (Rathery et Sigwald), soit en la formation de produits toxiques par dégradation du glucose, surtout le méthylglyoxal (Fischer), soit par anoxémie (Mac Léod). Pour Spaeth, cette anoxémie résulterait d'une diminution du tonus des capillaires, entraînant un écoulement plus rapide du sang et une diminution des échanges gazeux. Cette théorie de l'anoxémie des autres nerveux a été également avancée pour expliquer la cessation

(1) Labbé et Boulin. Les accidents hémiplégiques au cours de l'insulinothérapie. *La Presse Médicale*, 13 février 1937.

d'états de mal asthmatique ou épileptique, grâce aux chocs hypoglycémiques provoqués.

Enfin certains incriminent un *spasme vasculaire* dans la genèse de ces accidents. Labbé et Boulin rappellent cependant dans leur article que l'insuline n'est pas spasmogène. Mais pour d'autres auteurs l'hypoglycémie insulinique provoquerait une décharge d'adrénaline, véritable agent du spasme. Il ne nous est pas permis d'affirmer la nature exacte de l'hémiplégie présentée par notre malade, mais il faut tout de même souligner que la brutalité de constitution et de disparition de ces accidents neurologiques ne permet pas d'écarter *a priori* l'hypothèse d'un spasme artériel, d'autant que la tension qui se maintenait à 13 depuis un mois, s'élevait à 16 lors du coma hémiplégique.

De toutes les façons, cette observation est l'occasion de souligner, une fois de plus, la nécessité de déterminer d'urgence le taux de la glycémie chez un diabétique avéré qui présente un coma. L'effet des injections intraveineuses de sérum glucosé est véritablement magnifique au cas de coma hypoglycémique, même quand il s'accompagne d'hémiplégie comme chez notre malade. De ce dernier point de vue, l'injection de trente centigrammes d'acécoline-yohimbine qui fut associée aux injections glucosées n'a peut-être pas été étrangère à la brève résolution du syndrome pyramidal.

Quatrième phase : Cachexie terminale.

Le dernier mois de l'évolution de cette péritonite à pneumocoques fut caractérisé par installation et l'aggravation progressive d'une cachexie, finalement mortelle.

L'infection et le trouble glyco-régulateur s'étaient enfin amendés : la malade était apyrétique et ses urines ne renfermaient plus de glucose. Mais l'attention allait être retenue par l'effondrement de l'état général, de la tension artérielle et par l'apparition de perturbations rénales. La malade présenta un amaigrissement important qui contrastait avec l'infiltration œdémateuse des membres inférieurs, apparue en fin novembre. Ces œdèmes, accompagnés d'une albuminurie à 0,50 par litre, pouvaient faire redouter la transformation amyloïde des reins chez cette malade, après plus de cent jours de suppurations abondantes. La tension maxima était tombée de 23 à 11 après l'opération. Elle s'était maintenue à 12-13 durant deux mois (durant lesquels avaient été pratiqués quatre transfusions de 150 cc).

Mais durant le dernier mois, alors que le myocarde ne donnait aucun signe net de fléchissement, la tension s'effondra progressivement de 11 à 5, malgré la mise en œuvre de toni-cardiaque, de strychnine, d'extrait surrénal.

L'état de la paroi abdominale était lamentable, la plaie opératoire était béante comme au lendemain de l'intervention, ses bords étaient atones, son fond recouvert de pus. Les contre-incisions ne manifestaient également aucune tendance au bourgeonnement et à la cicatrisation.

Le 4 décembre 1936, la malade décédait au 101e jour de l'évolution de sa péritonite à pneumocoques.

***

Considérations générales sur la péritonite a pneumocoques de l'adulte

Rapprochant les données tirées de l'observation que nous venons de rapporter, de celles fournies par une revue générale du sujet (1), il nous paraît possible de formuler les propositions suivantes.

La péritonite à pneumocoques est encore plus rare chez l'adulte que chez l'enfant ; elle devient exceptionnelle chez les sujets âgés, mais notre cas suffit à démontrer que cette éventualité est encore possible après la soixantaine.

Les cas féminins sont les plus nombreux et on a voulu en tirer argument en faveur d'une origine génitale de cette atteinte péritonéale. Mais cette hypothèse n'est valable que pour un certain nombre d'observations où l'on a pu déceler le pneumocoque lors d'infections vulvaire, utérine ou salpingo-ovarienne, précédant l'éclosion d'une péritonite. De même il existe quelques cas où l'on peut admettre une propagation transpleuro-diaphragmatique ou une origine digestive de l'infection péritonéale.

Ces formes secondaires mises à part, la péritonite à pneumocoques est le plus souvent primitive (du moins en apparence) et on est d'autant plus en droit d'incriminer la voie sanguine, comme mode d'ensemencement du péritoine, que cette théorie hématogène est la seule à reposer sur des bases expérimentales.

Mais il faut tenir compte également des déficiences du terrain dans le déterminisme de cette affection. Dans nombre de cas, en raison d'un état de santé excellent, on est forcé d'admettre une exaltation de virulence du pneumocoque, saprophyte habituel de la cavité bucco-pharyngée. Par contre, dans certaines observations, comme la nôtre, l'infection pneumococcique s'est développée chez des individus tarés, dont la résistance était diminuée du fait d'infection ou d'intoxication antérieures.

D'un double point de vue, clinique et anatomo-pathologique, il faut distinguer des *péritonites généralisées* et des *péritonites enkystées*, qui représentent les divers stades d'évolution d'une maladie dont l'unité n'est plus discutée depuis les travaux de Dieulafoy.

L'incubation est habituellement courte, marquée, même si elle est anormalement prolongée, par des prodromes communs à la plupart des grandes infections (grippe, typhoïde), et dénués de toute spécificité.

Brutalement, éclosent des symptômes (douleur et contracture abdominales, vomissements) qui doivent faire discuter, avant tout autre diagnostic, celui de péritonite appendiculaire. Certes on sera fondé de suspecter la nature pneumococcique d'une atteinte péritonéale chez un sujet qui présente brusquement :

— une douleur abdominale violente, mais diffuse, s'accompagnant de météorisme et d'une légère défense, plutôt que d'une véritable contracture ;

— des vomissements, mais aussi une diarrhée importante ;

— une ascension brutale de la température, mais sans modifications parallèles du pouls ;

— un facies vultueux et des véhicules d'herpès (signe classique, mais exceptionnel).

La notion d'un coryza, d'une angine, d'une otite ou de toute autre manifestation pneumococcique récente, apporte à ce diagnostic un appui indiscutable.

Mais il suffit de lire notre observation, de parcourir les principaux cas publiés, pour convenir que les exceptions au schéma classique sont presque la règle.

Les multiples aspects de l'appendicite et de la péritonite à pneumocoques rendent donc le problème particulièrement angoissant. *Cependant quand il y aura un contraste net entre la gravité des signes fonctionnels et généraux et, d'autre part, la discrétion et la variabilité des signes abdominaux, l'hypothèse de péritonite à pneumocoques ne sera pas écartée sans plus ample discussion.*

***

Pour fournir des bases à ce diagnostic, on a conseillé plusieurs *recherches bactériologiques, notamment hématologiques :*

L'examen direct du sang a permis à quelques auteurs de déceler le pneumocoque, mais la négativité de cette recherche n'a aucune signification.

(1) Monographie en collaboration avec notre élève Delory, *Les péritonites à pneumocoques de l'adulte*. 1 vol. de 96 pages, Imprimerie Centrale du Nord, à Lille.

L'hémoculture n'a pas souvent été pratiquée. Elle doit être faite durant la phase bactériémique, c'est-à-dire dans les vingt-quatre à trente-six premières heures de l'infection (elle ne peut d'ailleurs aider à la solution d'un diagnostic d'urgence). Elle doit être faite sur des milieux particulièrement favorables au développement du peumocoque (gélose-ascite, gélose-foie-sang), sinon on s'expose à voir l'hémoculture rester stérile, comme dans notre cas.

L'*hémogramme* révélerait une hyperleucocytose et surtout une neutrophilie, plus accusées dans la péritonite à pneumocoques que dans l'appendicite. Mais les résultats de ces déterminations sont trop variables dans chacune de ces deux affections pour qu'on y attache une valeur absolue.

Trop peu d'examens autorisent actuellement des déductions quant à la signification diagnostique de l'*hyperinose* notée par certains auteurs dans la péritonite à pneumocoques.

La recherche du pneumocoque dans les selles et dans tout exsudat anormal dépisté au niveau des muqueuses (pharyngée, vulvaire), n'est pas à négliger.

La ponction abdominale, pratiquée en Amérique et en Allemagne, est rejetée par les auteurs français, en raison de ses dangers et de son inutilité à la période de début.

Recherches post-opératoires. — Il faut reconnaître que presque toujours le diagnostic de la nature pneumococcique d'un syndrome abdominal n'est posé que lors de l'intervention à laquelle on n'a pas cru pouvoir ou devoir surseoir : l'aspect floconneux de la sérosité péritonéale, riche en dépôts fibrineux, puis à un stade plus évolué, le pus crémeux, bien lié, jaune ou vert, évoquent bien la nature pneumococcique de ces exsudats. Grâce à ces prélèvements opératoires, le laboratoire mettra en évidence le pneumocoque et recherchera sur les cultures le phénomène de Neufeld.

L'inoculation à la souris du pus ou de la culture microbienne détermine une septicémie rapidement mortelle chez cet animal, dont le sang cardiaque renferme d'innombrables pneumocoques. Ce fut le test le plus souvent utilisé pour affirmer la nature pneumococcique d'un syndrome péritonéal.

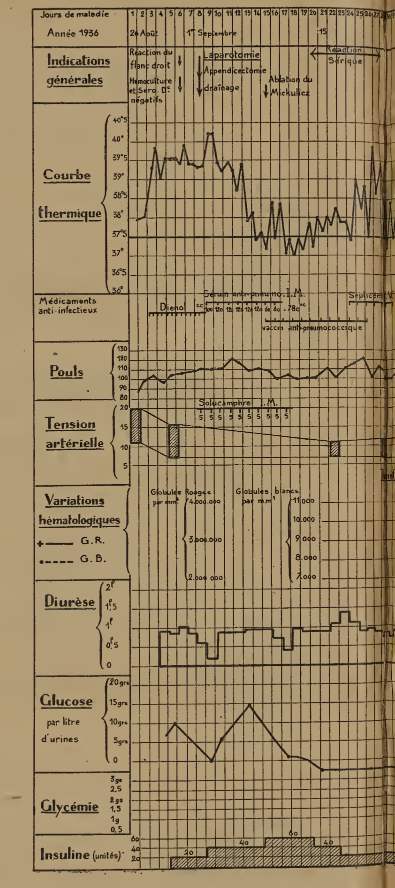
***

Il est difficile d'avoir une opinion exacte sur la gravité de la péritonite à pneumocoques de l'adulte. D'une part, il existe certainement des formes légères, susceptibles de guérir par résolution, mais ces cas ne doivent pas être étiquetés convenablement, en raison de l'impossibilité d'en affirmer la véritable nature. D'autre part, les statistiques les plus récentes fournissent un taux de 80 % de mortalité pour les formes diffuses, et de 20 % seulement dans les péritonites circonscrites. Mais l'enkystement n'est souvent qu'un stade évolutif d'une péritonite initialement généralisée.

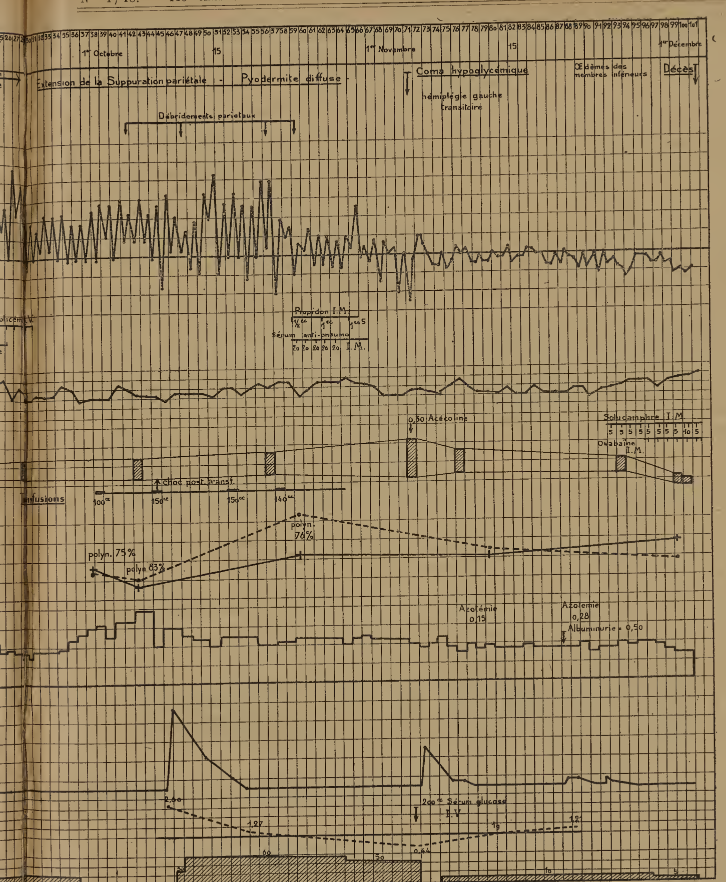
Si nous joignons notre observation à celles analysées dans la revue générale, le nombre des cas mortels atteint celui des guérisons. Cette statistique restreinte reflète assez bien l'impression qui se dégage à la lecture des publications étrangères.

Les avis sont très partagés sur la conduite à tenir devant pareil syndrome péritonéal. Si la nécessité de l'intervention est admise par tous à la phase d'enkystement, il n'en va plus de même à la phase initiale de péritonite généralisée.

On a reproché à l'intervention précoce d'être inutile et dangereuse. Elle serait inutile d'après les abstentionnistes, car à ce stade, la laparotomie ne permettra d'évacuer qu'un peu de sérosité louche. Elle serait dangereuse à en croire certaines statistiques, mais on ne peut affirmer que l'abstention opératoire ait plus de succès à son actif devant une péritonite généralisée.



Le gros argument des interventionnistes est qu'ils « redoutent et tremblent de laisser évoluer une péritonite appendiculaire » (Mondor), dont la fréquence est au moins vingt fois plus grande que celle de la péritonite à pneumocoques.



Notre observation n'a que la valeur d'une constatation isolée. Néanmoins l'amélioration survenue immédiatement après un drainage, pratiqué au huitième jour, est loin d'être une condamnation d'une intervention relativement précoce. L'évolution fatale de ce cas tient uniquement à l'état du terrain sur lequel s'est développé l'infection pneumococcique : l'obésité et le diabète de la malade ont certainement favorisé la diffusion des suppurations pariétales dont la généralisation a entraîné la mort plus de trois mois après la laparotomie.

Du point de vue médical, la sérothérapie et la vaccinothérapie sont à utiliser dès confirmation du diagnostic. Les auteurs français sont loin de partager l'optimisme des publications américaines quant à la valeur de leurs résultats. Le

fait qu'elles n'aient pour ainsi dire jamais été appliquées avant l'intervention suffirait à montrer les difficultés du diagnostic clinique de la péritonite à pneumocoques (1).

Le but de cet article est d'attirer l'attention sur la possibilité de cette éventualité chez l'adulte. Devant un syndrome abdominal aigu dont la symptomatologie est anormale et l'origine incertaine, devant une réaction péritonéale dont la modicité et la variabilité des phénomènes locaux s'opposent à l'intensité des signes fonctionnels et généraux, il importe de pratiquer des recherches bactériologiques, qui ne seront susceptibles d'aider à la précision du diagnostic que si elles sont précoces, multiples et répétées.

S'il devenait ainsi un jour possible de retenir, sans trop de réserves, la nature pneumococcique d'un syndrome péritonéal, on pourrait sans doute se contenter de « l'expectative armée » jusqu'à la phase d'enkystement, période opportune pour l'intervention. Mais on ne saurait transformer dès maintenant cette anticipation en une véritable règle, sans faire courir de trop grands risques à un « péritonéal » au cas d'erreur de diagnostic.

(1) En 1936, nous n'avons pu recourir à la sulfamidothérapie, qui a donné depuis de si beaux résultats dans le traitement des atteintes des diverses séreuses, et notamment de méninges, par le pneumocoque.

MÉDECINE PRATIQUE

ANESTHÉSIES GÉNÉRALES EN TEMPS DE GUERRE

Par Georges Pascalis

On a pu lire, au cours de ces trois derniers mois, plusieurs mémoires substantiels où étaient étudiées les conditions nécessaires à l'obtention de bonnes anesthésies générales chez les blessés de guerre ayant à subir une intervention chirurgicale. Pour les blessés gazés, chez qui les narcoses par inhalations sont prohibées, on a dit d'excellentes choses : la voie rectale, la voie veineuse sont ici formellement indiquées et je n'ai rien à ajouter. Pour les blessés non gazés, on a fait valoir les avantages de telle ou telle drogue. Les préférences du chirurgien ou de l'anesthésiste n'ont pas à intervenir. Le choix de l'anesthésique à administrer dépend de l'examen attentif du sujet : l'état de son appareil circulatoire, de ses poumons, de ses glandes commandera en dernier ressort. Même si l'on aime le chloroforme, il est contre-indiqué de l'administrer à un hépatique, de même que l'éther à un tousseur, le protoxyde d'azote à un hypertendu.

Il est très regrettable que personne n'ait insisté sur l'importance de l'équilibre vagosympathique, de son contrôle par la recherche du réflexe oculo-cardiaque et de la possibilité de correction. C'est volontairement se priver d'une méthode qui apporte au chirurgien le calme et la tranquillité indispensables à la bonne marche d'une intervention, au malade la sécurité absolue à laquelle il a droit.

Depuis l'automne, j'ai eu l'occasion fréquemment répétée d'opérer devant de jeunes confrères à qui la vie professionnelle ne laisse guère de loisirs pour lire et à qui les travaux de physiologie semblent quelque peu rébarbatifs. Ils ne m'ont pas caché combien ce qu'ils voyaient leur semblait surprenant, ni leur intention de se soumettre à cette discipline dans l'avenir, pour leur usage personnel. Je vais, une fois de plus, énumérer ici ces règles élémentaires, car il est indispensable de faire pénétrer ce clou dans les cervelles les plus rebelles.

Avant toute anesthésie, il faut rechercher *correctement* le réflexe oculo-cardiaque.

Le sujet chez qui la compression des globes oculaires provoque l'accélération du pouls sont des sympathicotoniques que j'ai appelés résistants — le mot a fait fortune. — Faites-leur *sur la table d'opération*, au moment où vous prenez le bistouri, une injection sous-cutanée de 1 milligramme de salicylate d'ésérine. L'effet doit être immédiat : si l'intestin avait été chassé, il reprendra instantanément sa place. Sinon, la dose est insuffisante : faites une deuxième injection, une troisième au besoin. Il n'y a ni inconvénient, ni risques, et il est exceptionnel d'avoir à dépasser 2 milligrammes. Le patient continuera souvent à parler, à divaguer, mais il restera immobile sans « pousser ».

Lorsque la compression des globes oculaires se traduit par un ralentissement du pouls, on est en présence d'un vagotonique, que j'ai appelé réceptif. Attention ! c'est un *candidat à la syncope initiale*, dite blanche, le plus souvent mortelle.

A ce malade, faites au *moins une demi heure avant de l'endormir* une injection sous-cutanée de 1/2 milligramme de sulfate neutre d'atropine. Vous aurez paralysé les ganglions du cœur, qui seront désormais dans l'impossibilité de fixer le poison ou de permettre un réflexe mortel.

On aura ainsi des narcoses sans histoires. J'en ai fait donner plusieurs milliers sans le plus petit incident et je ne suis pas le seul. En province, où le manque d'anesthésistes spécialisés est fréquent, combien de confrères m'ont dit la tranquillité absolue que leur avait apportée la méthode ; d'autres l'ont écrit, à plusieurs reprises, dans la presse.

Pour ceux qui s'obstinent à s'en remettre au hasard, je voudrais rappeler ici que si l'adrénaline en injection intracardiaque est le remède héroïque des syncopes primitives, elle est la plus sûre façon d'achever les sujets en syncope secondaire, bleue. Chez ceux-ci, elle permet aux ganglions du cœur de fixer davantage le poison, cela d'autant plus sûrement que la respiration artificielle pratiquée en pareil cas en accélère le débit. Aux patients en syncope bleue, il faut faire une *injection intracardiaque d'atropine*, afin de paralyser les ganglions du cœur.

Les rapports récents à l'Académie de Chirurgie et différents mémoires parus dans la presse ont admis le bien fondé de ce que Garrelon et moi avancions depuis des années.

Il n'était pas inutile de répéter ceci au moment où les meilleurs de ce pays exposent leur vie et ont droit à ce qu'aucune précaution ne soit négligée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 5 FÉVRIER 1940.

Le mécanisme de l'atténuateur de Bact. typhi murium sous l'action de la lécithine ; l'influence de la tension en oxygène dans le milieu de culture. — M. Baruch Samuel Levin.

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 20 FÉVRIER 1940

M. le Président fait part du décès de M. Félix Terrien.

M. Tiffeneau donne lecture d'une notice nécrologique sur M. Desgrez.

Vaccination mixte contre la fièvre jaune et la variole sur des populations indigènes du Sénégal. — M. Ramon, au nom de MM. Peltier, Durieux, H. Jonchère et E. Arquié, présente une note d'un grand intérêt. A l'Institut Pasteur de Dakar, les auteurs ont mis au point un nouveau procédé

de vaccination contre la fièvre jaune, à l'aide du virus neurotrope, par simple scarification. En associant le virus vaccinal au virus amaril, il leur a été possible de vacciner en un seul temps contre la variole et contre la fièvre jaune. Tout près de 100.000 vaccinations mixtes viennent ainsi d'être effectuées par eux sur les populations indigènes du Sénégal.

Le contrôle de ces vaccinations a montré que le vaccin jennérien associé au vaccin antiamaril procure le même pourcentage de succès que lorsqu'il est employé seul. De son côté, le vaccin antiamaril a donné une proportion de 95 % de tests de séro-protection positifs.

L'immunité antiamaril ainsi obtenue se maintient sans fléchir pendant au moins un an.

La nouvelle méthode offre par son innocuité, sa simplicité et sa rapidité d'exécution les plus grandes possibilités de généralisation. Elle permet d'envisager, dans un avenir assez proche, l'éradication de la fièvre jaune en A. O. F. par stérilisation des réservoirs de virus chez les masses indigènes.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 16 FÉVRIER 1940

Le blocage thoracique d'effort. — MM. C. Lian et G. Tarmeu décrivent un syndrome respiratoire particulier, consistant en une brutale constriction de toute la hauteur du thorax qui rend la respiration impossible et cloue le sujet sur place pendant quelques minutes. Puis, celui-ci reprend sa marche, comme s'il ne s'était rien passé, mais quelques minutes plus tard, les mêmes troubles peuvent se reproduire.

L'absence de douleur, d'anxiété, l'étendue de la constriction à tout le thorax, les circonstances étiologiques (tousseurs chroniques sans affection cardio-vasculaires) montrent que ce syndrome est bien distinct de l'angine de poitrine. Il est différent aussi de la dyspnée d'effort, en raison de la soudaineté d'apparition et de disparition, et de l'absence d'accélération respiratoire.

Chez certains malades, les auteurs ont vu la compression du sinus carotidien droit, et celle des globes oculaires provoquer la sensation de blocage thoracique et entraîner la fixation du thorax en inspiration.

Ils sont portés à croire qu'il s'agit d'un bronchospasme associé à un spasme des muscles inspiratoires en rapport avec une amphotonie neurovégétative à prédominance vagale.

Syncope et blocage thoracique d'effort. — M. Lian. — Observation où, deux fois, pour un effort peu considérable, le blocage thoracique s'est accompagné d'une perte de connaissance complète.

L'auteur signale une seconde observation où il s'agit également d'un tousseur chronique chez qui sont survenues deux syncopes dans les mêmes circonstances que le premier malade : montée rapide d'un étage, course de 40 mètres dans la rue. Ce malade, amené souvent dans sa maison de commerce à monter rapidement un étage, éprouve fréquemment dans le haut de l'escalier un malaise subit l'obligeant à s'asseoir une ou deux minutes.

Il y a lieu de penser que chez ces deux tousseurs chroniques, une marche rapide entraîne une insuffisance de l'hématose et que celle-ci provoque un réflexe inhibiteur syncopal chez des sujets au système nerveux végétatif hyperexcitable. Lorsqu'il y a blocage thoracique, d'effort chez ces mêmes malades, il est dû, lui aussi, au trouble paroxystique de l'hématose qui déclenche un spasme réflexe des bronchioles et des muscles inspiratoires.

Un cas de pancréatite aiguë hémorragique. Importance diagnostique de l'azotémie et de l'image radiologique. — MM. P. Brodin, Depaillat et Genevrier. — Observation d'un cas de pancréatite aiguë hémorragique avec hématome volumineux de l'arrière-cavité des épiplons et de toute la loge colique gauche, dans lequel la mort est survenue par suite de complications pulmonaires. Au cours de l'évolution, les auteurs ont mis en évidence une azotémie élevée persistante qu'ils rattachent à l'hémorragie interne et une parésie spéciale de l'intestin grêle visible à la radio, en rapport probable avec l'hématome observé. Ils insistent sur l'importance de ces constatations pour l'établissement d'un diagnostic souvent difficile.

Hépato-néphrite saturnine suraiguë post-abortive. — MM. F. Rathery, Duperrat et Maschas étudient les troubles humoraux notamment l'élévation dans le sang de l'urée, de l'acide urique, de la créatinine, du sucre protéidique et la baisse du Cl plasmatique. Ils donnent également le résultat des examens histologiques.

SOCIETE DE BIOLOGIE

SÉANCE DU 3 FÉVRIER 1940

Dimorphisme sexuel de la glande sous-maxillaire chez la souris. — M. A. Lacassagne a constaté l'existence d'un dimorphisme sexuel de la glande sous-maxillaire chez la souris. Sous l'influence de l'administration de la testostérone, la glande des souris femelles prend le type mâle et l'inverse se produit chez les mâles traités à la folliculine.

Modalité de l'atténuation de virulence d'une souche de bacilles tuberculeux humains entretenue par passages ininterrompus sur les milieux artificiels. — MM. A. Saenz et G. Canetti, en partant d'une tuberculose rénale, ont identifié une souche de bacilles humains qui, trois ans après, alors qu'elle avait été entretenue régulièrement sur pomme de terre glycérinée, avait perdu son pouvoir pathogène initial.

Un certain degré d'affaiblissement une fois atteint, la virulence se stabilisa, ainsi que le montra un troisième titrage effectué un an après.

Sur l'évolution des vésicules amnio-ectoblastiques dans les embryomes parthénogénétiques du testicule. — M. A. Peyron a mis en évidence dans les formations différenciées des tumeurs, des dispositions correspondant au creusement de la cavité amniotique primaire de l'œuf humain, formations considérées jusqu'ici comme *wolffiennes.*

Action du thymol sur les cellules. — M. Mangenot présente une note de Mlle Villars sur l'action du thymol sur les cellules des méristèmes radiculaires des divers végétaux, et qui insiste surtout sur les modifications survenues au niveau du noyau quiescent et sur les troubles de la mitose.

Temps courts et temps longs de transmission de l'excitation au niveau de la synapse expérimentale axono-axonique. — Mlle A. Arvanitaki, sur un modèle expérimental réalisé par le contact de deux axones isolés, a pu démontrer deux ordres de transmission de l'excitation : une transmission à temps court et défini d'une part, une transmission à temps très large et très variable d'autre part.

SÉANCE DU 17 FÉVRIER 1940

Potassium plasmatique et hémolyse. — MM. Léon Binet et René Fabre montrent que la destruction des hématies amène une élévation nette du taux du potassium ionisé dans le plasma. Le plasma du sang veineux splénique est plus riche en potassium que le plasma artériel.

Les sujets atteints d'une anémie avec forte hémolyse présentent une élévation de leur kaliémie.

Enfin, et surtout, les auteurs démontrent que le sang dit de conserve (sang de lapin ou sang de l'homme) présente un chiffre anormal de potassium dans le plasma.

Hétérogénéité des Curares. — Mme M. et M. L. Lapicque.

Présentation d'ouvrages. — M. L. Nègre présente deux ouvrages :

1° L'un de MM. Noël Bernard et Léopold Nègre sur : *Albert Calmette. Sa vie. Son œuvre scientifique.*

2° L'autre de M. A.-R. Prévot, intitulé : *Manuel de détermination et de classification des microbes anaérobies.*

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'avancement des médecins auxiliaires
Situation des médecins étrangers dans l'armée

A la suite de mes précédents articles sur la question de l'avancement, j'ai reçu de nombreuses lettres qui me montrent que bien de jeunes confrères ne réalisent pas la situation. Beaucoup de médecins auxiliaires de réserve devenus déjà docteurs, ne comprennent pas pourquoi ils ne sont pas nommés médecins sous-lieutenants.

A l'heure actuelle, il est impossible de nommer officier de réserve tous les médecins auxiliaires de réserve devenus docteurs ou qui sont internes des hôpitaux nommés au concours dans les villes de Faculté.

Ces nominations ne peuvent se faire, en effet, que dans la limite des places vacantes dans le cadre des officiers de réserve du Service de Santé dont l'effectif total est fixé.

Nous pouvons cependant prévoir que beaucoup de médecins auxiliaires, reçus *docteurs* depuis le 30 juin 1939, et qui sont partis à la mobilisation avec leur grade pour le front, ainsi que les rappelés de mars 1939, bénéficieront de nomination au grade de médecin sous-lieutenant dans le cours de la présente année. Rappelons néanmoins qu'ils devront laisser passer devant eux les médecins auxiliaires de la précédente guerre, celle de 1914-1919 non encore officiers, et ce sera juste.

(*Cet article était composé depuis huit jours, lorsque le ministre a donné au Sénat les précisions favorables qu'on trouvera plus loin*).

*
* *

Une autre question a été soulevée avec une certaine vigueur dans les milieux professionnels où certains ont réclamé l'engagement obligatoire des médecins étrangers. Beaucoup ont souscrit cet engagement de leur plein gré, parce qu'ils détestent Hitler et Cie, d'autres parce qu'ils haïssent Staline. Mais un pourcentage assez notable *n'a pas bougé*, nul ne pouvant forcer la volonté de chacun : or, la caractéristique d'un engagement est d'être *volontaire*, et c'est toujours ce qu'on oublie trop.

Plusieurs camarades étrangers nous ont écrit du camp de Barcarès pour savoir s'ils pourront postuler au grade dans le Service de Santé.

Voici ce que le directeur du Service de Santé, le général Maisonnet, a bien voulu me répondre : « *Nous ne nommons dans nos cadres que les gens autorisés ou qui seront autorisés à exercer la médecine en France, c'est légal, c'est logique, c'est juste !* » Remercions le directeur d'être en accord complet avec nos idées de self-défense professionnelle, idées que partagèrent les 84 sénateurs signataires du projet de loi Armbruster. Il ajoute : « Ainsi nous excluons les docteurs d'Université et les étudiants postulant ce diplôme, de même que les étudiants en vue du doctorat d'Etat ou les docteurs d'Etat non naturalisés ». L'armée française ne peut en effet admettre dans les cadres de ses régiments français des gradés-médecins qui seraient étrangers.

Maurice Mordagne.

Le débat du Sénat sur le Service de Santé

M. le sénateur Lefas interpellait, la semaine dernière, le Gouvernement sur l'organisation du Service de Santé. A la mobilisation en vue d'événements qui, heureusement, ne se sont pas produits, le départ pour l'armée de la plupart des médecins, a produit en France une véritable désorganisation. Trop de villes et de communes dont la population s'était augmentée de nombreux réfugiés ont été privés de médecins, malgré les efforts faits par le ministre de la Santé Publique. Les accoucheurs, notamment, ont manqué dans bien des cas. M. Lefas s'est élevé également contre l'abus des réquisitions d'écoles, de cliniques, d'hôtel où s'est installée une « poussière d'hôpitaux ».

M. le sénateur Portmann, professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux, a confirmé les doléances de M. Lefas au sujet des réquisitions et au sujet de la répartition du personnel médical.

« Dans les mois qui ont suivi la mobilisation, dit-il, nous avons été frappés du petit nombre de médecins qui restaient à l'intérieur. Des mesures ont été prises pour remédier à cet état de choses. Nombre de médecins mobilisés ont été rendus à la vie civile ; mais, depuis, le Service de Santé manque de certains praticiens, il arrive trop souvent qu'on renvoie des médecins qui devraient rester aux armées, et qu'on y maintienne ceux qui devraient en partir... »

M. Portmann demande qu'on fasse cesser le scandale des embusqués, des vieux à l'avant et des jeunes à l'arrière. Il parle ensuite de l'utilisation des compétences et des spécialités en citant des exemples; enfin il demande qu'on abatte les cloisons étanches qui séparent civils et militaires.

Dans une guerre totale, la population civile ou militaire doit être soignée par « tous les médecins sans égard à la catégorie à laquelle ils appartiennent ».

Des interventions de M. Albert Peyronnet en faveur des stations thermales, de MM. Bouguen, Raymond Martin et du général Hirschauer ont terminé le débat.

M. Ducos, sous-secrétaire d'Etat à la Défense Nationale, répondant aux interpellateurs, a précisé que 3.187 médecins ont déjà été démobilisés, et qu'un millier de médecin vont être rendus à la vie civile.

Il a également annoncé que dans quelques jours 1.000 médecins auxiliaires seraient nommés médecins-sous-lieutenants. Et autant de nouveaux médecins auxiliaires seront nommés pour remplacer les médecins âgés libérés.

Parlant des réquisitions, il indique dans quelles conditions seront libérées, entre autres, les stations thermales. Il étudie aussi le regroupement de certaines formations sanitaires.

Le ministre a vu les médecins de l'armée au travail : « Lorsqu'on parle parfois de l'oisiveté de certains d'entre eux, je dis que c'est parler à la légère... »

La question des honoraires ayant été soulevée, M. H. Ducos précise que les médecins militaires appelés à donner leurs soins à la population civile ne doivent pas toucher d'honoraires. Cependant, ce service supplémentaire entraînant certains frais, un essai a été tenté dans la Marne. Le médecin militaire est honoré. Il verse le montant de ses honoraires dans la caisse du Syndicat, qui, sur la masse ainsi constituée, remboursera les frais professionnels.

L. G.

NÉCROLOGIE

Le professeur Félix Terrien

1872-1940

Peu de jours avant sa mort, si soudaine, j'avais rencontré Félix Terrien à l'Académie de Médecine. Avec sa bonne grâce toujours souriante, il était venu très affectueusement me demander des nouvelles de mes enfants, puis nous avions parlé de nos vieux souvenirs.

Vieux, certes, car nous nous étions connus au moment de la préparation de l'internat. Ce camarade charmant nous apparaissait déjà revêtu d'un réel prestige. Travailleur acharné, doué d'une volonté de fer qui lui permit de vaincre bien des difficultés, il n'avait alors qu'une ambition, arriver à l'internat où l'avait déjà précédé son frère aîné, Eugène Terrien.

Félix Terrien, nous devançant tous, est nommé en 1896 dans la promotion dont Veau était le premier et qui comptait aussi Castaigne, Fernand Monod, Prosper Merklen, Dupuy-Dutemps, Jean-Charles Roux.

Je ne sais si Terrien pensait déjà à l'ophtalmologie, mais il était trop avisé pour ne pas chercher d'abord à devenir un médecin complet. Comment ne l'aurait-il pas été avec des maîtres comme Cuffer, le bon clinicien ; Dieulafoy, le maître prestigieux, et Léon Labbé, Pierre Budin, Farabeuf, Gaucher, Quénu ; enfin Panas, le premier titulaire de la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, et le cher et regretté professeur de Lapersonne.

En 1904, Félix Terrien devient ophtalmologiste des hôpitaux ; en 1906, il est chef de service. En 1925, la Faculté le désigne pour succéder, dans la chaire de l'Hôtel-Dieu, à son maître, M. de Lapersonne. Il y a six mois enfin, atteint par la limite d'âge, Terrien passait le flambeau à Velter.

Sans entrer dans le détail des travaux de Terrien, on peut dire que son nom a été associé à tous les progrès de la chirurgie orbito-oculaire de ces dernières années. En clinicien, il joue un rôle très important dans l'orientation de l'ophtalmologie vers la médecine et en particulier vers la neurologie. Terrien a compris pleinement la grandeur de son rôle. On peut admirer avec quelle intelligence il dirigea son enseignement, le partageant entre les médecins non spécialisés auxquels il apprenait ce que nous devrions tous savoir en ophtalmologie, et les médecins spécialisés qui venaient de bien loin suivre l'enseignement de l'Hôtel-Dieu.

La vie de Terrien est un magnifique exemple de labeur, de volonté tenace et de droiture.

S'il eut, ce qu'on appelle une belle et heureuse carrière, il connut aussi de dures épreuves et nous n'avons pas oublié avec quel stoïcisme il supporta, il y a quelques années, le plus cruel des deuils...

Très tristement, nous adressons un dernier adieu à ce vieil et cher ami et nous renouvelons à son frère Eugène l'expression de la part profonde que nous prenons à sa douleur.

F. L. S.

Eugène Apert

Sa carrière avait été aussi régulière que rapide. Interne dès 1893, puis chef de clinique à la Faculté, il était, en 1903, nommé médecin des hôpitaux. Il semblait désigné pour l'agrégation. Certaine leçon sur le *Vertige de Menière* ne lui avait-elle point valu les félicitations enthousiastes du professeur Dieulafoy ? Et pourtant, en 1907, les *ides de mars* ne lui furent point favorables. Bien d'autres auraient tout abandonné. Apert n'était pas de ceux-ci. Trop lettré pour ne pas savoir que « de toutes les tentations, la plus « riche est celle du découragement », il se remet à la tâche. A Andral, puis à Trousseau, et, enfin, aux Enfants-Malades, jusqu'à l'heure de la retraite, il prodigue aux tout-petits les trésors de sa science et de son expérience.

Il a beaucoup publié. Tout le monde connaît ses articles didactiques pour les divers *Traités*, comme son *Manuel des maladies des enfants*, édité chez Baillère, qui a connu plusieurs éditions, et rendu service à de nombreuses générations d'étudiants. C'est toutefois à l'étude des *Affections familiales et héréditaires* qu'il a appliqué toutes les ressources de son esprit critique et de sa vaste intelligence. Trente ans de suite, avec une patience méthodique, il accumule les documents, constituant une collection unique qui, il faut l'espérer, ne sera pas dispersée, multipliant les communications, participant aux Congrès, rassemblant les faits les plus intéressants dans son livre sur les *Affections familiales*, comme dans le bel article qu'il avait bien voulu nous donner, en 1933, pour le *Traité des maladies des enfants*. Il avait isolé un type morbide : *l'acrocéphalo-syndactylie*, dont il n'a cessé de perfectionner la description, et qui porte justement son nom. Dans tous les sujets qui touchent à la génétique, son autorité était sans égale et ses avis, toujours sollicités avec déférence, considérés comme définitifs.

Avec son visage riant, sa physionomie ouverte et loyale, l'homme inspirait la sympathie. D'une constante aménité, qui rendait son commerce infiniment agréable, d'une douceur que, seul, donne à la longue le maniement des tout-petits, auxquels, depuis le temps lointain de son internat chez le professeur Grancher, il donnait le meilleur de lui-même, d'une bienveillance que ne voilait aucune amertume, il laissera, à tous ceux qui ont eu recours à lui, le souvenir non seulement d'un maître, mais aussi du meilleur et plus obligeant des collègues. Sa famille, à laquelle la *Gazette des Hôpitaux* présente ses plus respectueuses condoléances, n'est pas seule à pleurer sa perte... L. Babonneix.

Nous apprenons avec tristesse la mort du Dr Louis Dartigue, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chef de clinique gynécologique. Président fondateur de l'UMFIA (Union médicale latine), il en a été l'incomparable animateur. Nous rappellerons prochainement la carrière de ce grand serviteur de la France et de la latinité.

— Le Dr Cassaët, professeur honoraire à la Faculté de Médecine de Bordeaux, décédé le 20 janvier à Bordeaux.

— Le Dr Brésard, ancien interne des hôpitaux, ancien vice-président du Conseil général de la Nièvre, décédé à Clamecy, à l'âge de 77 ans.

— Le Dr Joseph Pechdo, à Villefranche-de-Rouergue.

— Dr Marcel Ferrand, ancien interne des hôpitaux de Paris, assistant à l'hôpital Saint-Louis.

— Médecin-colonel Séverin Abbatucci, à Nice.

LIVRES NOUVEAUX

L'électro-encéphalogramme normal et pathologique, par Ivan Bertrand, Directeur à l'École des Hautes Études, Jean Delay, Médecin des Hôpitaux de Paris, et Jacqueline Guillain, Assistante à l'Institut de Neurobiologie. Un volume de 294 pages, avec 94 figures, 90 fr. — Masson et Cie, éditeurs, Paris.

Il n'existait pas jusqu'à ce jour de livre renfermant les principales notions techniques psycho-physiologiques expérimentales, pathologiques actuellement acquises sur l'électro-encéphalogramme. C'est ce livre que les auteurs ont écrit.

On y trouvera le résultat de leurs recherches poursuivies au laboratoire de l'Institut de Neurobiologie de la Salpêtrière complètement équipé en vue de l'étude de l'activité bio-électrique du système nerveux central. Toutes ces recherches ont été effectuées en liaison avec les cliniques chirurgicales et neurologiques.

En comparant les faits actuellement épars dans la littérature et leur expérience personnelle, les auteurs ont établi une sémiologie de l'encéphalogramme pathologique. Après une étude critique des variations normales — variations topographiques, psycho-physiques ontogénétiques, biotypologiques — ils ont retenu comme critères pathologiques : l'absence d'ondes, certaines modifications de fréquence, d'amplitude, de forme, les asynchronismes entre les régions homologues des deux hémisphères et les différentes régions d'un même hémisphère.

Ils ont étudié l'électro-encéphalogramme dans les perturbations des fonctions cérébrales sensorielles, psychiques et motrices.

L'étude de l'activité sensorielle du cerveau humain est rendue possible par l'existence de la réaction d'arrêt, suspension des ondes alpha sous l'influence des excitations visuelles, auditives, tactiles.

Les modifications de l'activité psychique ont leur traduction sur l'électro-encéphalogramme. Le travail intellectuel, le repos, le sommeil, ont leurs caractères bio-électriques. Dans le sommeil pathologique (narcolepsies et comas) les modifications sont analogues à celles du sommeil normal.

S'il est actuellement impossible d'établir une corrélation entre l'aspect d'un électro-encéphalogramme et le « niveau intellectuel » d'un individu, il n'en est pas moins certain qu'en examinant une série de myxœdèmes congénitaux ou de quelques états démentiels, les auteurs ont été frappés par l'existence d'ondes lentes. En psychiatrie, l'action des grandes thérapeutiques biologiques sur l'électricité cérébrale a donné lieu à quelques recherches qui laissent entrevoir, dans cette méthode, un élément auxiliaire de pronostic.

Les modifications encéphalographiques sont nettes dans l'épilepsie et il est très significatif de voir un syndrome sous-cortical — comme le tremblement parkinsonien — ne s'accompagner d'aucune modification électrique.

A côté de ces recherches de physiopathologie cérébrale, les auteurs ont abordé un tout autre problème : celui de la valeur localisatrice de l'électro-encéphalogramme. Il est incontestable que les lésions cérébrales traumatiques (qu'il s'agisse de traumatisme spontané ou d'intervention chirurgicale) s'accompagnent d'anomalies encéphalographiques limitées à l'aire traumatisée et souvent le diagnostic topographique qui fut posé par les auteurs fut corroboré par le diagnostic clinique et vérifié anatomiquement.

Hygiène et cancer. Voulez-vous diminuer vos risques de cancer ? Par le Dr P. Delore. — Un volume in-16. Prix : 6 francs. Presses Universitaires de France, 108, boulevard Saint-Germain, Paris (6e).

Cet ouvrage, de lecture facile et qui veut être éducatif et pratique, est écrit pour le public non médical. Il expose clairement le problème du cancer. Les notions d'hérédité, de diathèse, de contagion, de substances cancérigènes, de troubles de la nutrition, le rôle de la suralimentation, de l'insuffisance hépatique, des facteurs psychiques (chagrins) sont envisagés.

L'auteur soutient que le cancer de l'homme est souvent le fait d'un terrain prédisposé, préparé par des fautes d'hygiène répétées chaque jour pendant des années, et que par suite il y a une hygiène préventive du cancer, beaucoup trop négligée et qu'il serait prudent d'observer après 40 ans. Il passe en revue les données de cette hygiène rationnelle : hygiène de la vie quotidienne, hygiène alimentaire, hygiène mentale notamment. D'autres chapitres sont consacrés aux médicaments, aux premiers signes de cancer, au traitement médical des cancers déclarés ou opérés.

Cette hygiène précancéreuse, qui se confond en bien des points avec l'hygiène de la seconde moitié de la vie, est susceptible sinon d'éviter absolument le cancer, du moins d'en réduire les risques ou d'en retarder l'échéance.

Loin de s'opposer aux traitements curatifs classiques par chirurgie, rayons X ou radium, elle vient compléter ces méthodes lorsque le mal est déclaré.

L'auteur relie le cancer humain aux déséquilibres et aux fautes d'hygiène de la vie moderne et indique la vie sage comme meilleur préventif.

Greffe des glandes endocrines. La méthode. — La technique. — Les résultats, par Serge Voronoff. — Un vol. in-8° de 290 pages, avec 96 figures hors texte, dont 50 en couleurs. Prix : 120 francs. Gaston Doin, édit., Paris

En 1912, l'auteur a communiqué au Congrès de l'Association Française de Chirurgie ses expériences sur la *greffe ovarienne*, datant de 1910.

En 1914, il a fait part à l'Académie de Médecine des résultats obtenus par la *greffe de la thyroïde*.

En 1919, il a exposé au Congrès de l'Association Française de Chirurgie ses expériences sur la *greffe testiculaire*.

Sa pratique des greffes endocrines remonte donc à plus de vingt-sept ans, période suffisamment longue pour permettre de discerner ce qui convient le mieux pour assurer la vitalité d'une glande transplantée.

Des perfectionnements successifs, apportés par les années et l'expérience, ont permis à l'auteur d'amener la technique à l'état actuel, qui donne le maximum de chances de succès.

On trouvera dans cet ouvrage tout d'abord l'exposé de la méthode des greffes endocrines, les règles générales basées sur des considérations anatomiques et physiologiques. Vient ensuite, minutieusement décrite, la technique des greffes thyroïdienne, parathyroïdienne, ovarienne et testiculaire. Cinquante figures en couleurs, hors texte, permettent de suivre toutes les phases opératoires de chaque glande.

Les indications sont également données pour la greffe des glandes pituitaires et surrénales.

Les coupes histologiques des greffons testiculaires prélevées au bout de six ans, des parathyroïdes au bout de huit ans, les phénomènes physiologiques observés vingt ans après la greffe de la thyroïde, apportent la démonstration de l'efficacité de la technique préconisée par l'auteur.

Ce premier traité complet des greffes endocrines, fruit d'une expérience d'un quart de siècle, est donc destiné à rendre le plus grand service au corps médical et tout particulièrement aux chirurgiens.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 19-20. — 6-9 MARS 1940. 113e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Faculté de Médecine de Paris. — *1re année.* — Le tirage au sort de la deuxième épreuve écrite obligatoire a eu lieu le *lundi 4 mars.*

L'examen de la matière sortie au tirage aura lieu le *lundi 11 mars*, à 10 heures (Salle de Thèses n° 2).

Les résultats seront affichés le *mercredi 13 mars*, oral (1re et 2e années), le *jeudi 14 mars*, à 10 heures.

Il est bien entendu qu'à cet examen ne pourront composer que les étudiants appartenant à la 1re partie du 2e contingent de la classe 1939 (étudiants nés du 1er juillet au 30 septembre 1919), ainsi qu'aux récupérés partant avec eux.

Préfecture de Police. — Un examen *sur titres* en vue de la désignation à *titre temporaire* de 15 médecins suppléants du Service Médical de Nuit de la Préfecture de Police, aura lieu à une date qui sera fixée ultérieurement. Les candidats doivent être Français, pourvus du diplôme d'Etat de Docteur en Médecine délivré par une Faculté française et n'avoir pas atteint l'âge de 55 ans au 1er janvier 1940. Cet examen est ouvert également aux femmes.

Les candidats déposeront : un extrait sur timbre de leur acte de naissance, leur diplôme, l'indication précise sous forme de notice de leurs titres scientifiques, universitaires et hospitaliers, leurs états de services militaires et, s'il y a lieu, tous autres documents qu'ils jugeraient utiles de présenter. Les candidats devront être reconnus aptes à assurer le service médical de nuit.

Le registre d'inscription est ouvert dès à présent à la Préfecture de Police (Direction du Personnel, de la Comptabilité et du Matériel, Service du Personnel), et sera clos le lundi 11 mars, à 16 heures.

Guerre. — *Ecole du Service de Santé militaire.* — Le *Journal Officiel* du 28 février publie la décision ministérielle relative aux prix de pension et du trousseau pour 1939-40.

Le prix de pension est fixé à 4.170 francs ; le prix du trousseau est fixé de 4.457 francs à 4.520 francs, suivant la catégorie.

Sections sanitaires. — L'armée française a reçu de ses amis ou de ses alliés nombre de libéralités. Le *Journal Officiel* du *24 février* publie les arrêtés portant acceptation de ces dons. En voici la liste :

1° La Section sanitaire automobile féminine, offerte par la S. S. B. M. ;

2° Les Volontaires américains et leur section de transports sanitaires nous ramènent les mêmes dévouements qu'en 1914-15. Parmi ces grands garçons, nous pourrions citer un jeune étudiant venu de Chicago à ses frais pour partager les peines de ses amis de France ;

3° Ambulance de lady Hadfield et de la générale Spears (ambulance chirurgicale légère) ;

4° Ambulance Antoine Depage, offerte par nos amis belges (ambulance chirurgicale lourde) ; elle comprend dans son personnel trois éminents chirurgiens de Bruxelles.

5° Anglo-French Ambulance Corps (transports sanitaires).

Toutes ces unités sont rattachées au 19e train pour le matériel et les conducteurs, et à la 22e section d'infirmiers pour le personnel sanitaire.

Il faudrait encore signaler les camions d'oxygénothérapie de Binet, ceux offerts par la Suisse, enfin les automobiles équipées pour la transfusion du sang.

Marine (Réserve). — Ont été promus :

Au grade de *médecin en chef de 2e classe* : MM. Robin et Bodet.

Au grade de *médecin principal* : MM. Olive, Coiffé et Marchesseaux.

Au grade de *médecin de 1re classe* : MM. Bourriau, Destelle et Boisnière.

CHRONIQUE

UNE CONFÉRENCE DES VOIX LATINES : D'UNE GUERRE A L'AUTRE

Le jour même des obsèques de son fondateur, l'UMFIA devait donner la parole à un conférencier éminent, le médecin général de Lavergne. Suivant le désir exprimé souvent par Dartigues, qui avait prévu le cas, rien ne devait être changé à la marche de l'UMFIA. La conférence a donc eu lieu à la Sorbonne, comme il était prévu.

Assistance très nombreuse et visiblement émue : M. le médecin général Maisonnet, directeur du S. S. au Ministère de la Défense Nationale, préside. A sa droite, S. E. de Souza-Dantas, ambassadeur du Brésil, les professeurs Sergent et Lenormant. A sa gauche, le médecin général inspecteur Sacquépée, les médecins généraux de Lavergne et Paloque. Je note aussi la présence de M. Bandelac de Pariente, vice-président fondateur de l'UMFIA, et de M. Moliméry, secrétaire général ; de MM. les professeurs Hartmann, Laignel-Lavastine, Binet, de MM. Cathelin, Gastou, Belot, Huber, Boidin, Ravina, Simonin, Lombardy, Jame, Genty, Vaccaro, Zambrini, Rivière.

M. Bandelac de Pariente, au nom de l'UMFIA, salue dans le conférencier le soldat et le savant, puis il remercie S. E. de Souza-Dantas d'apporter en ce jour de deuil le réconfort de sa présence et de son amitié latine, enfin il dit au général Maisonnet combien tous lui sont reconnaissants d'avoir accepté la présidence.

⁂

La conférence de M. de Lavergne fut telle qu'on l'attendait de lui : un modèle de concision et de précision. Après avoir adressé un pieux souvenir à Dartigues, le conférencier nous parle des soldats et de ce qui a été fait pour eux depuis la dernière guerre et depuis le début des hostilités actuelles. Disons-le tout de suite, *les mesures dont va nous parler M. de Lavergne ne sont pas des projets, ce sont des réalités.*

C'est d'abord la *protection contre la fièvre typhoïde*, réalisée depuis les mémorables travaux d'H. Vincent. A la mobilisation l'armée française était entièrement vaccinée, il n'y a eu à faire qu'une injection de rappel.

M. de Lavergne parle ensuite de la *protection contre le tétanos*, contre la *gangrène gazeuse*, et il rappelle les recherches de Vincent et de Sacquépée. *Contre l'infection par le streptocoque*, il montre les progrès réalisés dans le *traitement des plaies*, depuis Carel, depuis l'épluchage jusqu'à la sulfamidothérapie actuellement en usage.

La *transfusion* du sang se fait soit de bras à bras, soit avec du sang conservé, dont les approvisionnements sont importants et dont les ampoules de 200 cmc. sont transportées par camions rapides réfrigérés.

L'*oxygénothérapie*, si bien organisée par le professeur Binet, est tout à fait au point. Ici encore des camions transportent rapidement partout où il le faut l'oxygène, les tentes et les masques à oxygène.

Nous savions que le Service de Santé avait fait des efforts considérables, remercions M. de Lavergne de nous avoir montré, en s'aidant de projections, la réalisation de ces efforts.

Le Général Maisonnet, avant de lever la séance, adresse une pensée émue à la mémoire de Dartigues, et il remercie S. E. de Souza-Dantas d'avoir bien voulu assister à cette manifestation de l'Union médicale latine.

Après la conférence, a eu lieu l'Assemblée générale de l'UMFIA, sous la présidence de M. Sergent. « L'Assemblée confirme ses pouvoirs au bureau actuel et décide que l'UMFIA continue ». N'était-ce pas le vœu le plus cher de Dartigues ?

F. L. S.

Nécrologie

— Le Dr Henri Chiray, ancien interne des hôpitaux de Paris, père du professeur Maurice Chiray, médecin de l'hôpital Bichat, et du Dr Gabriel Chiray.

— Le Dr Claude Chauveau, sénateur et président du Conseil général de la Côte-d'Or, ancien Ministre de l'Agriculture, ancien président du groupe médical parlementaire du Sénat, décédé à Pouilly-en-Auxois à l'âge de 81 ans.

Le Dr Chauveau, spécialisé dans l'O. R. L., a publié pendant de longues années les *Archives internationales de laryngologie et d'otologie*.

— Le Dr Henri Pons, chirurgien des hôpitaux de Marseille.

— M. Alexandre Besredka, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur.

REVUE GENERALE

DES TRAVAUX DE CHIRURGIE DE GUERRE [1]

Par M. le Professeur G. Jeanneney
(de Bordeaux)

PLAIES DE GUERRE EN GÉNÉRAL

En 1938, une Commission de chirurgiens allemands se réunissait à Munich dans le but de fixer *les règles du traitement des plaies accidentelles.* Fauquez nous en donne une rapide revue : sauf les plaies minimes, aseptiques, les plaies fraîches datant de moins de dix heures doivent être *excisées en totalité.* Si l'excision de toute la zone traumatisée a été parfaitement exécutée, on peut la faire suivre d'une suture lâche avec drainage des plans profonds.

Dans les plaies difficiles à explorer ou impossibles à exciser complètement, on se bornera à enlever largement les tissus contus *sans recourir à la suture.*

Ces conseils de prudence s'appliquent plus impérieusement encore à certaines plaies suspectes d'infection : morsures, coups de griffes, plaies des travailleurs qui manient la viande, le gibier, le poisson ; des travailleurs des canalisations, enfin plaies par crayon d'aniline.

Les plaies articulaires fraîches doivent être excisées avec soin et fermées tout au moins par suture de la peau. L'intervention sera suivie d'une immobilisation complète et prolongée.

Toutes les plaies souillées de terre doivent être considérées comme tétanigènes, surtout dans certaines régions agricoles. On pratiquera alors une injection préventive d'antitoxine tétanique à dose suffisante et on réalisera une excision soigneuse de la plaie (Fauquez, *Bull. Chir. des accidentés du travail,* juillet 1939).

L'expérience de nos collègues espagnols se concrétise depuis 1938 dans la *Revista Espanola de Médicina y Cirurgia de Guerra.* Nous y trouvons des documents intéressants que nous aurons l'occasion de signaler ici. Un important mémoire de Gomez Duran consacré aux *principes fondamentaux de la chirurgie de guerre* insiste davantage sur l'organisation militaire des formations chirurgicales aux armées que sur le traitement proprement dit des plaies de guerre. Gomez Duran estime que, bien que la chirurgie soit une et que les méthodes et les techniques soient essentiellement les mêmes pour les blessures de la pratique civile que pour les blessures de guerre, la chirurgie de guerre revêt une physionomie un peu spéciale et telle que les succès dépendent de l'expérience personnelle du *chirurgien spécialement entraîné à cette chirurgie.* Lui seul peut répondre sans hésiter aux questions qui se posent devant les plaies de guerre : que faire devant les grands broiements des membres avec muscles dilacérés ou contus, vaisseaux intéressés, os fracturés et articulations ouvertes ? Que faire des membres de polichinelle broyés à leur racine, froids et inertes ? Que faire des polyblessés avec lésions de gravité différente, refroidis, choqués, presque moribonds ? Que faire des grands choqués ? Car le blessé de guerre se trouve toujours dans des conditions spéciales (refroidissement, émotion, jeûne) qui le prédisposent au choc.

Pour toutes ces raisons, la chirurgie de guerre nécessite une organisation spéciale : celle des *postes chirurgicaux avancés,* par exemple, théoriquement idéale, ne peut, au point de vue militaire, que rendre de médiocres services, en raison de leur rapide encombrement et des avantages qu'il y a à opérer un blessé dans un milieu où il pourra être convenablement traité et suivi jusqu'à sa convalescence, les évacuations précoces étant dangereuses. Quant aux *centres de traitement,* ils sont répartis comme les nôtres avec une division du travail peut-être un peu plus poussée : centres de récupérables, hôpitaux de spécialités, hôpitaux de fractures, etc..., toutes formations placées le plus près possible de la zone des armées; *centres de recherches* chargés de l'étude biologique et anatomo-pathologique de la plaie de guerre, de son traitement (suture primitive et secondaire), de ses suites, etc. Enfin, Gomez Duran envisage un service d'*informations chirurgicales* permettant de suivre les blessés dans leurs différentes étapes et de tenir les chirurgiens au courant de l'évolution des blessures en fonction des traitements qui ont été appliqués. On comprend tout l'intérêt que présente pareil service pour le perfectionnement du chirurgien d'armée qui est toujours dans ce domaine un autodidacte. Ainsi sera constitué un énorme fichier chirurgical, permettant de suivre l'évolution de chaque blessé et de chaque type de blessure, permettant de comparer les différentes techniques suivies par les chirurgiens et leurs résultats immédiats et lointains, ces derniers étant si souvent méconnus. En somme, le service proposé par Gomez Duran est un système de liaison entre les chirurgiens, les hôpitaux du front et ceux de l'arrière.

Les notions fondamentales acquises par les Espagnols ne diffèrent pas des nôtres: ce sont le temps de latence avant l'infection profonde de la plaie de guerre permettant une exérèse chirurgicale prophylactique et au besoin une suture de la plaie ; la transportabilité préopératoire des plaies pénétrantes du crâne, l'intransportabilité des plaies pénétrantes de poitrine, des hémorragiques, des choqués ; la priorité pour les interventions pour plaies pénétrantes de l'abdomen, la résistance des synoviales à l'infection, en particulier lorsqu'on les ferme après nettoyage soigneux, enfin la possibilité de transformer par suture une fracture ouverte en fracture fermée, toutes notions sur lesquels repose l'organisation du Service de Santé aux différents échelons (Gomez Duran. Principes fondamentaux en chirurgie de guerre. *Revista Espanola de Medicina y Cirurgia de Guerra,* juillet 1939).

FLORE MICROBIENNE DES PLAIES DE GUERRE

Levaditi, Bréchot, Tournay et Mme Gérard Moisonnier ont étudié la flore microbienne de 61 plaies de guerre. Notons qu'il s'agissait de blessés évacués des armées et par conséquent déjà traités depuis plusieurs

(1) *Cf.* Première Revue générale des *Travaux de chirurgie de guerre,* par M. Jeanneney, *Gazette des Hôpitaux,* 1909, n°s 97-98, 6-9 décembre.

jours. Toutes les blessures étaient plurimicrobiennes. 58 % des blessures étaient contaminées par le *streptocoque* hémolytique (alors que pour des plaies de guerre récentes seulement 19 % présentaient du streptocoque en 1917). Par contre, 17 % des blessures étaient infectées au *perfringens* (contre 41 % dans les blessures récentes) ce qui prouve que les anaérobies disparaissent dans les plaies correctement traitées. 85 % des plaies présentaient du *staphylocoque*. Les auteurs ont essayé l'action des azoïques et des sulfamides (rubiazol, dagénan) *in loco* et *per os* sur l'infection streptococcique de ces plaies. Dans certains cas, le streptocoque a disparu, comme si la chimiothérapie avait facilité son attaque par la phagocytose, l'effet germicide étant indirect et non direct. Ces constatations confirment les recherches de Jeanneney et Castanet qui ont montré que les azoïques et sulfamides semblent agir d'une part comme des mordants facilitant l'attaque du germe par les éléments de défense, d'autre part, comme des éléments de la formation des azoprotéides indispensables à l'apparition des anticorps.

Ces observations sur les infections de la plaie de guerre sont encore trop restreintes pour qu'on puisse en tirer des conclusions solides. Elles devront d'ailleurs être confrontées avec celles des ambulances de l'avant. (*Académie de Médecine*, 7 novembre 1939 et 23 janvier 1940.)

TRAITEMENT DE LA PLAIE DE GUERRE

Dans le traitement des fractures ouvertes, de Fourmestraux utilise les *injections intraartérielles* de gonacrine, de violet de gentiane ou de mercurochrome (20 cm³ à 2 %). L'injection intraartérielle préconisée pour la première fois par Fiolle et par Dos Santos réalise une stérilisation endo-tissulaire des plaies, adjuvant utile de l'acte chirurgical. Aucun accident grave n'est à redouter si on a pris soin d'écarter par l'intradermo-réaction à l'adrénaline de L. Bazy les malades qui ont des réactions vaso-motrices anormales.

Dans cet ordre d'idées, Lamas (de Lisbonne) a communiqué à Leriche deux intéressantes observations d'arthrite suppurée et de phlegmons guéris par injection artérielle de soluseptasine.

Par contre, Lambret redoute l'action nocive de la chimiothérapie sur la vitalité des cellules. Il conseille le nettoyage de la plaie récente par lavage sous pression, les pansements rares sous plâtres légers, l'emploi de la vitamine C.

De Fourmestraux signale également comme traitement complémentaire les injections de sérum et d'anesthésiques qui mettent en jeu des réactions vaso-motrices utiles à la défense (de Fourmestraux, *Académie de Chirurgie*, 8 novembre 1939).

Actuellement, on se tourne surtout vers l'étude de la *chimiothérapie locale* des plaies par les sulfamides. Dans cet ordre d'idée, Fourneau rapporte à l'Académie de Médecine les résultats de recherches entreprises par F. Nitti sur le traitement local des plaies par l'aminophénylsulfamide. Nitti a d'abord constaté que le sulfamide est parfaitement toléré par les tissus même à des doses élevées ; qu'enfermé dans une plaie, il s'élimine par le sang où il atteint rapidement un taux élevé ; l'élimination est sensiblement plus lente que par la voie buccale. Enfin, le sulfamide a permis de protéger des lapins chez lesquels on a réalisé des plaies infectées par des streptocoques hémolytiques extrêmement virulents.

L'application du sulfamide en poudre, dans les plaies, semble devoir être un adjuvant précieux pour prévenir ou pour traiter les complications septiques (Fourneau, *Académie de Médecine*, 21 novembre 1930).

M. et Cl. Belin, se basant sur l'action favorable de la pyothérapie dans les lymphangites du cheval (Velu) et sur les plaies infectées des chevaux, proposent l'emploi de cette thérapeutique chez l'homme. Le pus aseptique provenant d'abcès de fixation pratiqué chez le cheval et dilué au 1/8 est injecté à la dose de 2 centimètres cubes tous les trois jours. Les injections sont bien supportées et aident à la guérison des plaies infectées, des brûlures. Si cette thérapeutique était aussi efficace chez l'homme que chez le cheval, elle permettrait de diminuer de moitié l'indisponibilité des blessés (*Académie de Médecine*, 31 octobre 1939).

C'est une thérapeutique un peu analogue que conseille Luis Torrès Marty dans sa note sur *le pansement rare des blessures* avec *adjuvant postural*. Une blessure, pour guérir, ne doit pas être soumise à l'irrigation continue, mais au contraire doit bénéficier de ses propres sécrétions, de son pus en particulier, qui favorise la réparation de la blessure. C'est que le pus présente des constantes physico-chimiques utiles (pH, polypeptides, ferments, etc.). Enfin, l'auteur estime que les associations microbiennes doivent être respectées parce que gênant le développement des streptocoques. Il donne de sa manière de voir les conclusions suivantes :

1° Ne pas laver les blessures (sauf au début, pour les débarrasser de débris septiques) ;

2° Nettoyer *chirurgicalement* la plaie, enlever les corps étrangers, mettre à plat les anfractuosités ;

3° Sérothérapie antitétanique et antigangréneuse ;

4° Faire des pansements rares, même si la plaie sent mauvais ou ne changer que le coton sans toucher à la plaie — ce qui évite au blessé bien des douleurs inutiles ;

5° Surveiller de près la courbe de température et l'état général du blessé ;

6° Donner une grande importance à l'immobilisation en bonne position (*cure posturale*) :

a) Suspension des membres supérieurs dans un cadre en position favorable au drainage.

b) Immobilisation des membres inférieurs, blessure au déclive d'abord, puis dans l'attelle de Braun, ou si la blessure est sur la face postérieure en décubitus ventral.

c) Immobilisation plâtrée précoce non seulement des fractures, mais même des plaies des parties molles. Dans ces cas, Marty bourre la plaie de compresses vaselinées et ne change le pansement qu'au bout de quinze jours au moins. Pour les plaies du tronc, le *lit plâtré* est un excellent moyen de traitement qui permet d'éviter les escharres en supprimant les points de pression localisés.

d) Dans les plaies peu importantes, on associe le pansement rare à l'immobilisation sous botte à la colle de Unna.


THÉOSALVOSE

Le pansement rare, sous surveillance clinique rigoureuse, est un moyen économique de traiter les blessures. Depuis longtemps, d'ailleurs, les Lyonnais en avaient reconnu les avantages. (Luis Torres Marty. Tratamiento de las heridas. Cura retardada y coadyavante posturale. *Rev. de Med. y Cir. de Guerra*, 1939, p. 190-198.)

A. Lumière rappelle combien les *pansements au tulle gras* permettent un traitement rapide et indolore des plaies. Un tulle à mailles de 2 millimètres imprégné d'un mélange fusible à 30° composé de vaseline, de cire, d'huile de ricin, de baume du Pérou, de vitamines A et D permet de faire des pansements non douloureux, non traumatisants, non infectants. On sait que l'idée de pareils pansements avait été émise par Alglave dès 1915 indépendamment et en même temps que Lumière dont le tulle a rendu tant de services jusqu'à ce jour (A. Lumière. *L'Avenir Médical*, octobre 1939, p. 241).

TRAITEMENT DES FRACTURES OUVERTES

Les *plâtres fermés* utilisés en Espagne dans le traitement des fractures ouvertes et qui ont donné, pour certains, de bons résultats ne doivent cependant être utilisés qu'avec prudence, car leur danger est « d'enfermer le loup dans la bergerie ». En dehors de ces réserves, « je ne puis admettre, écrit Mathieu, que le plâtre fermé suffise toujours à l'immobilisation correcte de certaines fractures (telles que les fractures de cuisse) où l'extension peut avoir besoin d'être combinée à l'immobilisation. Il ne faut pas oublier, d'autre part, les services qu'ont déjà rendu les appareils plâtrés ouverts et même les appareils à anse bien faits ». (Mathieu, *Presse Médicale*, 18 octobre 1939).

Action locale des sulfamides :

De différents côtés, on s'est attaché à l'étude de l'action locale des sulfamides dans le traitement des fractures compliquées. Ravina rapporte (*Presse Médicale*, 9 novembre 1939, p. 1982) les recherches de Jensen, Brud et Nelson dans le *Surgery* de juillet 1939. Ces auteurs font une excision méthodique des tissus contus, réduisent la fracture et après avoir introduit dans la plaie *plusieurs grammes de produits sulfamidés* en réalisent la suture primitive. Sur 39 blessés ainsi traités, 37 guérissent par première intention sans infection locale ni générale. Expérimentalement, les auteurs ont pu voir que les *sulfamides cristallisés* déposés dans une plaie s'y dissolvent lentement et diffusent peu à peu dans tout l'organisme. *La dose utilisée doit être au plus de 20 grammes chez l'adulte* et de 10 grammes chez l'enfant. La dose moyenne semble entre 5 et 15 grammes.

Il est évident que l'application locale de sulfamide est sans action si on laisse en place les tissus traumatisés ou infectés. Les auteurs américains soulignent l'utilité de l'association d'un traitement général énergique à la médication sulfamidée et préconisent en particulier la *transfusion sanguine*. Nous avons, il y a quelques mois, signalé l'utilité de la transfusion chez les malades soumis à des traitements sulfamidés intensifs et prolongés en vue d'éviter chez eux les accidents d'agranulocytose liés à l'emploi des sulfamides.

Cependant, les Américains déclarent n'avoir jamais observé, en dépit des doses assez fortes qu'ils ont utilisées, d'accidents toxiques, sans doute grâce à la très lente résorption du produit cristallisé.

PLAIES ARTICULAIRES

L'Académie de Chirurgie s'engagea, il y a un an, dans une discussion très animée à la suite d'un rapport de Basset sur le traitement des plaies articulaires. *Pour ou contre la suture primitive*, tel fut le thème de la discussion que Basset reprend aujourd'hui. Notons que les échecs de la suture primitive rapportés semblent condamner non pas la méthode faite dans les conditions rigoureuses de toute suture primitive, mais « les opérateurs ignorants, imprudents ou négligeants » qui s'y sont risqués. En effet, les règles de cette chirurgie articulaire sont bien établies aujourd'hui. Le blessé doit être le plus tôt possible *confié à un chirurgien ayant l'expérience de ces traumatismes* et hospitalisé dans un milieu chirurgical adéquat.

Après examen radiographique, on interviendra non sous anesthésie locale, mais sous rachi ou sous anesthésie générale. La plaie cutanée sera excisée : toutes les parties contuses ou souillées seront enlevées au bistouri coupant en places saines et en débridant suffisamment pour *bien exposer* les lésions profondes. Si cet examen articulaire ne peut se faire, alors on ouvrira l'articulation par une voie d'accès classique.

Ainsi, tout le trajet de la plaie sera excisé, synoviale comprise, sans excès, mais sans parcimonie. Les hématomes, les caillots seront évacués et les corps étrangers seront recherchés avec soin et enlevés avec les tissus de voisinage souillés par eux.

La cavité articulaire ouverte, on vérifiera les lésions osseuses décelées par la radiographie. *Si les lésions osseuses sont peu importantes*, on enlèvera les petits fragments libres, curettera le foyer, puis on mettra en place les fragments et on en assurera la contension (cerclage de la rotule, ostéosynthèse d'un condyle).

Si les dégâts osseux sont importants, le chirurgien devra se résoudre aux sacrifices indispensables (faire une patellectomie ou pratiquer une résection typique ou atypique uni ou bi-osseuse). L'opération d'exérèse terminée que faire ? *Suturer partiellement* sur une mèche, dans les cas douteux où l'on est intervenu tard. *Suturer le plan capsulo-synovial* sans drainage si l'on est intervenu dans les huit ou dix premières heures.

Les parties molles pourront n'être que partiellement rapprochées dans les cas avec gros délabrements réséquées ou opérées tard. Ici, il ne faut pas suturer, mais drainer. L'opération terminée, on pourra, s'il n'existe pas de dégâts osseux, se contenter d'une immobilisation en gouttière. S'il existe des lésions osseuses sérieuses, le mieux est de faire une *immobilisation plâtrée ouverte*.

Les jours suivants, s'il se produit un épanchement réactionnel, on le ponctionnera et l'examinera au point de vue cyto-bactériologique. (A. Basset. A propos du traitement d'urgence des plaies pénétrantes des articulations. *Presse Médicale*, 11 novembre 1939, p. 1493.)


BULLETIN DES LABORATOIRES
ANDRÉ GUERBET & C[ie]

Les mêmes tendances se retrouvent dans le travail de Dorrousoro.

Etant donnée la facilité extraordinaire avec laquelle s'infectent les articulations, les blessures articulaires exigent un *traitement spécial*, que le blessé soit vu avant ou pendant l'infection. Il faut savoir que les germes se développent lentement dans une cavité articulaire, aussi a-t-on dix heures pour agir chirurgicalement au point de vue prophylactique. Passé ce délai, l'infection prend brusquement une allure des plus graves. Le chirurgien, non seulement supprimera les moindres corps étrangers, mais encore *reséquera* tous les tissus contus, puis réalisera une *hémostase* rigoureuse, enfin *fermera* complètement l'articulation en suturant la synoviale et la capsule au catgut 00, puis les téguments. Une bonne *immobilisation* complètera l'opération. Au bout de quatre à cinq jours, s'il n'existe aucun signe d'infection (douleur, fièvre), on commencera à mobiliser prudemment. Si, après la suture se manifeste des signes d'infection, celle-ci sera traitée par ponction, arthrotomie, *résection* ou amputation selon la gravité, sans trop s'obstiner dans un traitement conservateur. (Andrès Dorrousoro. Plaies articulaires. *Med. y Cirurgia de Guerra*, 1938, p. 102.)

AMPUTATIONS DE GUERRE

Buquet passe en revue les indications de l'amputation en chirurgie de guerre ; avec Lenormant, il les considère sous trois chefs :

Indication d'exérèse immédiate (c'est-à-dire sitôt le choc dissipé).

Indication d'exérèse précoce.
Indication d'exérèse tardive.

I. — *Les indications d'exérèse immédiate* se posent dans *les gros fracas des membres*, les énormes broiement avec fractures comminutives, section des gros vaisseaux, gros foyer d'attrition criblé de corps étrangers. Le plus souvent, l'opération n'est qu'une simple régularisation séparant le mort du vif ; à plus forte raison, si le membre ainsi broyé est atteint de gangrène gazeuse. L'amputation s'impose encore dans certaines *plaies multiples d'un membre*, criblant le membre de blessures et d'éclats profonds. Ces blessés sont exposés à l'évolution des gangrènes gazeuses foudroyantes, il est souvent prudent de les amputer. Il en est de même dans les gros *fracas articulaires* avec lésions telles des os et des articulations que des infections suraiguës ou interminables sont certaines ; surtout lorsqu'il s'agit du membre inférieur, on amputera. Au membre supérieur, au contraire, on sera autant que possible conservateur.

II. — *Les amputations précoces* (un à six jours après la blessure) sont tout d'abord indiquées dans certaines formes de *gangrène gazeuse*, telles la gangrène massive hypertoxique d'emblée, les gangrènes partiellement limitées, mais à fusées évoluant malgré les débridements ; la gangrène infiltrante segmentaire à évolution grave. Les *lésions vasculaires* entraînent l'amputation soit lorsqu'il existe une gangrène ischémique consécutive à une ligature ou à une oblitération traumatique d'un gros tronc vasculaire, soit lorsque surviennent des *hémorragies secondaires*, favorisées ou entretenues par l'infection et qui se répètent avec une gravité menaçante. Dans les *grandes fractures des membres* débridés avec soin, l'ostéomyélite aiguë, une suppuration importante avec fièvre malgré le drainage, risquent d'entraîner l'amputation surtout au membre inférieur pour éviter de plus graves complications. Il en est de même pour les plaies articulaires infectées ou compliquées de fissures osseuses à distance dans lesquelles l'arthrotomie, voire même la résection n'ont pas arrêté la marche de l'infection. Enfin, dans *certains tétanos* avec plaie torpide infectée, dans les *tétanos localisés* nets, on peut bloquer l'évolution de la maladie par une amputation.

III. — *Les amputations secondaires tardives* s'imposeront dans toutes les éventualités précédemment énumérées et qui peuvent survenir tardivement. Elles sont indiquées également dans les *suppurations* (foyer de fracture ouverte, plaie articulaire), enfin dans les complications septiques générales déterminées par un foyer septique diffus au niveau d'un membre.

Dans les *gelures*, l'indication d'opérer se pose rarement. J'ai montré en effet par l'exploration oscillométrique que la gangrène se présentait comme un manchon entourant le membre, alors que la profondeur des tissus est richement nourrie. Ce n'est que dans les gangrènes humides septiques compliquant les gelures ou dans les gelures graves du 3e degré que l'amputation sera indiquée (et encore amputation atypique suivant le sillon d'élimination). Enfin, certaines *séquelles* de blessures graves peuvent nécessiter des amputations tardives, telles sont les fistules, névrites, gangrènes qui rendent le membre inutile, gênant ou dangereux. Le chirurgien aura alors tout son temps pour choisir l'intervention la meilleure suivant l'état local du blessé et la prothèse à venir du moignon (Clavelin). (Buquet. Les indications de l'A. en chirurgie de guerre. *Progrès Médical*, 25 novembre 1939).

On peut se trouver contraint, chez les blessés gazés par exemple, d'utiliser l'*anesthésie locale pour pratiquer des amputations*. Breton, de Pontoise (rapport de Sorrel), qui a l'expérience de cette technique souligne deux points : d'abord la quantité énorme de solution anesthésiante qu'il faut employer (plusieurs centaines de centimètres cubes de solution faible de novocaïne-percaïne) ; ensuite, la nécessité de ne pas suturer le moignon. L'infiltration par de grandes quantités d'anesthésique est sans inconvénient si l'on prend certaines précautions (placer un garrot pour éviter les résorbtions, éviter d'injecter la solution dans les vaisseaux, ne pas suturer les lambeaux). Tout le succès de l'opération repose sur l'anesthésie qui doit être suffisante. Huard et Montagné en avaient, il y a quelques années, décrit une technique anatomique qui nous a permis d'amputer des cuisses dans d'excellentes conditions. (Sorrel, Breton. Amputation des membres à l'anesthésie locale. *C. R. Académie de chirurgie*, 25 octobre 1939.)

Les *algies des moignons*, sans aller jusqu'aux grandes crises des « moignons douloureux » constituent parfois une véritable infirmité. Sliosberg les a traitées par des injections quotidiennes de 1 centigramme de *vitamine B*. Tous les phénomènes douloureux

s'amendent rapidement dans une grande proportion de cas, en même temps que se relève l'état général ; localement, le moignon devient souvent plus chaud et sa coloration cyanotique s'atténue. (Sliosberg. Trait. des algies des amputés par la vitamine B. *Société de Thérapeutique*, 14 juin 1939. *Presse Médicale*, 9 décembre 1939.)

TÉTANOS

Les travaux concernant la prévention du tétanos ont été nombreux pendant ces derniers mois. Nous rappellerons ici la conférence de Bazy aux journées de Traumatologie de Liége et les publications de Ramon.

Pour Bazy, la meilleure manière d'arriver à supprimer le risque de tétanos est de répandre la vaccination antitétanique qui est parfaitement inoffensive ; le mieux serait de l'associer aux vaccinations antidiphtérique et antityphoïdique comme cela est réglementaire dans l'armée. *Chez un blessé vacciné*, il suffira de procéder à une injection de rappel qui exaltera le pouvoir défensif de l'organisme, contre l'infection possible de la plaie.

Chez un blessé non vacciné, il faut le plus tôt possible injecter 1 centimètre cube de vaccin et quarante-huit heures après injecter 3.000 unités antitoxiques qui garantiront le sujet contre le risque immédiat du tétanos. Il sera bon de profiter de l'accident pour injecter à nouveau deux autres doses vaccinales à trois semaines d'intervalle pour conférer au blessé une immunité d'au moins deux ans (qu'une simple injection de rappel tous les deux ans suffirait à entretenir). Si ces règles étaient suivies, on peut dire que le tétanos disparaîtrait (L. Bazy. La prévention du tétanos. *J. de Traumatologie et des maladies professionnelles*, 27 juillet 1939, p. 10-65).

La documentation expérimentale et clinique considérable qu'a pu recueillir Ramon sur l'anatoxine et sur la vaccination antidiphtérique lui permet d'affirmer que la vaccination anatoxique est remarquablement forte et stable. Dans une importante revue générale sur les nouvelles méthodes de lutte contre le tétanos, Ramon formule les conclusions suivantes, qui seront des plus utiles pour les praticiens.

La technique de vaccination antitétanique comporte trois injections sous-cutanées d'anatoxine (1,2 et 2 cm^3) effectuées à trois semaines d'intervalle, cette vaccination étant avantageusement complétée par une injection de rappel (2 cm^3) un an après. La même technique est suivie dans le cas de vaccinations associées au moyen d'un vaccin mixte renfermant de l'anatoxine tétanique.

Lorsqu'un sujet sûrement et correctement vacciné devient porteur d'une blessure pouvant être tétanigène, il lui sera fait une injection de rappel d'anatoxine tétanique qui augmente l'immunité sans exposer à des accidents sériques. Si un doute subsiste quant à la réalité de la vaccination antitétanique antérieure ou si les blessures sont multiples et ont entraîné une forte hémorragie, il sera plus prudent de joindre à l'injection d'anatoxine la *séro-prévention*, de préférence au moyen de la solution d'antitoxine tétanique de Ramon (séro-vaccination).

La *séro-vaccination* antitétanique s'effectue de la façon suivante : on pratique, sous la peau, une première injection d'anatoxine tétanique de 1 centimètre cube quelques instants avant l'injection de sérum

antitétanique (3.000 unités) ; quinze jours après, on effectue une seconde injection d'anatoxine (2 centimètres cubes) et, après un nouveau délai de quinze jours, une troisième injection de 2 centimètres cubes d'anatoxine.

Si un sujet ayant subi la séro-vaccination est dans la suite de nouveau blessé, il y a lieu de substituer à l'injection de sérum antitétanique l'injection d'anatoxine de rappel.

Dans le *tétanos en évolution*, on aura recours à la séro-anatoxithérapie dans les conditions suivantes : injecter d'emblée une dose unique et massive d'antitoxine (150.000 unités) et une dose de 2 centimètres cubes d'anatoxine, puis renouveler à doses progressivement croissantes (2, 4, 6 centimètres cubes les injections d'anatoxine à six jours d'intervalle).

Grâce aux études de Ramon, on peut produire, par hyperimmunisation des chevaux, des sérums dont le titre est de 4.000 unités antitoxiques par centimètre cube, permettant de réduire d'autant le volume des injections et surtout de préparer une véritable *solution d'antitoxine tétanique* débarrassée en grande partie de ses protéines nocives. La solution d'antitoxine ainsi obtenue permet d'atténuer les accidents sériques dans de grandes proportions.

« Ainsi, désormais, les cliniciens ont à leur disposition des moyens nouveaux leur permettant de mener, avec des commodités de plus en plus grandes, avec des inconvénients réduits et des chances de succès fortement accrues, la lutte contre le tétanos ». (G. Ramon. Les nouvelles méthodes de lutte contre le tétanos. Vaccination. Séro-vaccination. Séro-anatoxithérapie. Prévention au moyen de la solution d'antitoxine tétanique. *Presse Médicale*, 3-21 juin 1939).

Ramon, Kourilsky, Richou et Mme Kourilsky ont pu poursuivre une intéressante série de *recherches immunologiques sur la séro-anatoxithérapie* tétanique. Ces recherches démontrent l'établissement de l'immunité antitoxique active chez les sujets soumis à la fois à la sérothérapie et à l'anatoxithérapie spécifiques, et cette immunité est bien le résultat des injections d'anatoxine sans autre intervention. D'autre part, cette immunité, malgré ses fluctuations ne subit aucune interruption et atteint un degré élevé par l'injection de rappel. (*Revue d'immunologie*. T. S. Sept. 1939.)

Si l'on recherche le taux de l'immunité antitétanique chez des sujets antérieurement vaccinés, on constate que l'immunité obtenue par l'anatoxine est *élevée* (1/1.000) et *stable* (dix ans) qu'on l'étudie chez le cheval ou chez l'homme (G. Ramon, Lemétayer et E. Leclainche. Données nouvelles sur la valeur et la durée de l'immunité conférée par l'anatoxine tétanique, conséquences théoriques et pratiques. *Académie des Sciences*, 6 novembre 1939).

Enfin, G. Ramon, revenant récemment (*Revue d'Immunologie*, novembre 1939, n° 6) sur ces faits, établit de façon indiscutable que la vaccination antitétanique effectuée avec une anatoxine de valeur antigène intrinsèque suffisamment élevée, est capable de conférer à l'homme comme au cheval une immunité spécifique solide, durable, pouvant être renforcée encore par la pratique systématique de l'injection de rappel. Ainsi, solidité, durabilité sont les qualités essentielles de l'immunité engendrée par l'anatoxine; elles s'opposent à la fragilité, à la brièveté de l'immunité passive qu'apporte le sérum.

Chez le cheval, le tétanos a pratiquement disparu ; chez l'homme, il pourrait aisément disparaître.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 12 FÉVRIER 1940

Influence de la concentration saline de l'eau d'arrosage. — M. Lucien DANIEL, rapportant les résultats défavorables de l'arrosage des végétaux avec de l'eau de mer très diluée, montre que la concentration saline n'est pas la seule à redouter. L'abus des engrais chimiques lui apparaît préjudiciable, non seulement à la santé des végétaux supérieurs, mais aussi à la vie microbienne du sol dont l'importance est fondamentale dans l'alimentation végétale. Les animaux herbivores sont souvent victimes de l'absorption des plantes malades et des ingrédients plus ou moins toxiques employés pour détruire les parasites. Finalement, c'est l'homme qui est atteint soit par les végétaux malades qu'il absorbe, soit par les animaux dont il fait sa nourriture.

Sur les déterminants chimiques de la maturation sexuelle. — Mme Vera DANTCHAKOFF.

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 27 FÉVRIER 1940

Notices nécrologiques. — M. CHEVASSU rappelle les travaux de M. Fritz DE QUERVAIN (de Berne), associé étranger, récemment décédé.

M. GUILLAIN lit une notice nécrologique sur M. VIGGO CHRISTIANSEN, professeur de neurologie à Copenhague, associé étranger depuis 1934.

Plaies de poitrine en chirurgie de guerre. — M. HARTMANN apporte, au nom de M. BARTHÉLEMY (de Nancy), un travail basé sur son expérience des plaies de poitrine pendant la guerre de 1914-18. L'auteur étudie l'évolution de ces plaies et leur traitement.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 7 FÉVRIER 1940 (1)

Fracture du crâne et suture primitive. — M. MONDOR rappelle les travaux en neurochirurgie de M. LECÈNE qui a montré que les sutures primitives des plaies du crâne avaient transformé leur pronostic. Il faut suturer primitivement les blessures du crâne, du thorax, des articulations.

M. CHEVASSU. — Le danger des sutures primitives, c'est la gangrène gazeuse ; il ne faut pas suturer les plaies de la cuisse, de la fesse ou du mollet, primitivement.

A propos de l'emploi des appareils plâtrés totalement circulaires dans le traitement des blessures de guerre. — M. GASNE. — M. FUNCK-BRENTANO, rapporteur. — L'auteur a vu de nombreux blessés en Espagne en février 1939.

Les plâtres étaient mis sur des plaies non épluchées, des fractures non réduites et les résultats étaient dans l'ensemble très mauvais. Les plâtres ont évidemment facilité le transport dans une période de retraite, mais étaient des « cache-misères ».

M. LENORMANT. — Ces observations sont peu instructives.

M. LEVEUF. — Quand l'épluchage est bien fait d'abord, le plâtre facilite l'évolution et le transport.

M. P. DUVAL est du même avis.

Fréquence des ulcus. — M. HARTMANN a vu 18 perforations d'ulcus en dix ans de paix, 11 en quatre mois de guerre. Le fait est-il général ?

MM. P. DUVAL, MONDOR, MADIER, CAPETTE, LAMBRET ont remarqué l'augmentation de fréquence des ulcus en poussée ou des ulcus perforés tant à l'arrière que dans l'armée.

M. CHEVASSU a remarqué la phosphaturie des émotifs visible car les urines sont alcalines, et qui s'accompagne de brûlures, et peut-être d'hyperacidité gastrique, pouvant expliquer les poussées ulcéreuses.

Traitement des fractures de guerre. — M. PICOT. — Le point essentiel est le traitement des parties molles. Les deux dangers sont la gangrène gazeuse et l'ostéite chronique. Il est bon de mettre en extension avant d'opérer, de faire une incision large, d'exciser tous les tissus contus, d'enlever les caillots, de faire une bonne hémostase. Il faut corriger la fracture qu'on maintiendra si possible par broches.

Jamais de sutures primitives, à moins d'avoir déjà une grande expérience du traitement des fractures de guerre, et dans les cas où on peut surveiller le blessé. Il faut cependant suturer la synoviale. Les pansements seront rares.

(1) Par suite d'une erreur dont nous nous excusons auprès de nos lecteurs, le compte rendu de la séance du 7 février avait été omis. Nous réparons aujourd'hui cette erreur. Le compte rendu de la séance du 14 février a paru dans le n° 15-16, p. 138.

PRATIQUE MÉDICALE

Avitaminose expérimentale et tuberculose

M. A. Policard, de Lyon, a étudié longuement l'importance du régime scorbutigène sur le cobaye tuberculeux. La mort est rapide alors qu'elle peut être reculée et même peut-être évitée par l'administration de jus d'oranges, de jus de citrons ou d'acide ascorbique : il va même plus loin. Il a constaté que l'injection endoveineuse d'acide ascorbique peut être utilisée avec d'excellents résultats dans les hémoptysies et la tuberculose intestinale. Ces constatations faites chez les cobayes ont été vérifiées chez l'homme par MM. E. Bernard, Weil et Mlle Lotte (Essais de cures d'amaigrissements non médicales, publiés récemment à l'Académie de Médecine).

De plus, on peut dire que l'avitaminose C peut faire le lit aux infections les plus diverses, qu'il s'agisse de tuberculose ou de maladies contagieuses.

Il semble donc que les études si approfondies du professeur Mouriquand aboutissent à cette notion que la vitamine C représente le soutien indispensable de l'organisme carencé, car c'est un activateur général de toutes les fonctions cellulaires et elle permet à l'organisme de résister heureusement à toute atteinte à son intégrité.

On sait que la Laroscorbine est l'acide l-ascorbique, c'est-à-dire la vitamine C synthétique cristallisée. Elle se présente sous la forme de comprimés dosés à 0,05 gr., d'ampoules de 2 centimètres cubes dosées à 0,10 gr. et d'ampoules de 5 centimètres cubes dosées à 0,50 gr.

Antiscorbutique, antihémorragique, antiinfectieuse et antitoxique, la laroscorbine peut être donnée sans aucun inconvénient, même à hautes doses, à titre prophylactique et curatif aux adultes, aux enfants et même aux nourrissons.

Ses indications principales sont toutes les hypovitaminoses C, les avitaminoses C, le scorbut, les diathèses hémorragiques, les maladies infectieuses, les troubles de la croissance et toutes les déficiences organiques si fréquentes dans les circonstances actuelles.

Le Directeur-Gérant : Dr François LE SOURD.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

N° 21-22. — 13-16 MARS 1940. 113e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. TRIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Internat.* — Le directeur général de l'Assistance Publique à Paris vient de prendre l'arrêté suivant :

Article premier. — Par dérogation à l'article 132 du règlement général sur le Service de Santé, sont nommés, sans concours, internes en médecine à compter du 1er janvier 1940, les externes en premier de nationalité française qui ont été désignés par arrêté du 23 juin 1939 pour exercer les fonctions d'externes en premier pendant l'année 1939 et qui sont actuellement mobilisés.

Article 2. — Par application des dispositions ci-dessus sont nommés internes en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris, sous réserve de la production ultérieure d'un certificat de présence au corps :

MM. Barre, Yves ; Ruel, Henri ; Courchet, Adolphe ; Blanchard, Jacques ; Monod, Claude ; Rognon, Lucien ; Durupt, Lucien ; Butet, André ; Lambert, Léon ; Rie, Georges ; Deslandes, Edouard ; Verliac, François ; Davy, André ; Frinault, Georges ; Isal, Paul ; Cachin, Yves ; Daumet, Henri ; Staub, Michel, Léon ; Michon, Jacques ; Kartun, Paul ; Demassieux, Jean ; Mage, Jean ; Blanc, Guy ; Labayle, Jean ; Delatour, Jacques ; Kroff, Georges ; Leprat, Serge ; Mayaud, Jean ; Haquin, Charles ; Duhamel, Georges ; Cossart, René ; Fortin, Pierre ; Amado, Georges ; Fronville, Pierre ; Denizet, Pierre ; Sicard, Jacques ; Edelmann, Gilles ; Parsy, Gilbert, Hadengue, André ; Ducournau, Jean ; Horvilleur, Pierre ; Umdenstock, Robert ; Enel, Jacques ; Alperine, Georges ; Piard, André ; Schneider, Maurice ; Albou, André ; Lanvin, Michel ; Tran-Van-Hoa ; Petit, Jacques ; Legrand, Marcel ; Roblin, Jean ; Xambeu, Charles ; Royer, Eugène ; Devimeux, Pierre ; Roman, Marc ; Reynaud, Jean ; Tubiana ; Polliot, Louis ; Nehlil, Jacques ; Lienard, Jean ; Danset, Pierre ; Saltet de Sablet, Maurice ; Weyl, Jean ; Godlevsky, Guy ; Ferrand, Guy ; Crépin, Guy ; Lelièvre, Jean ; Auquier, Louis ; Jomier, François ; Ancelin, André ; Courtenay-Mayers, Bernard, Bryan ; Gauthey, Maurice ; Hermann, André ; Bessière, Maurice ; Hervet, Emile.

Article 3. — Ces élèves sont nommés pour quatre années, conformément aux dispositions de l'article 135 du règle-

ment général sur le Service de Santé, et le point de départ de leur temps d'exercice est fixé au 1er mai 1940.

D'autre part on annonce que :

Ces jeunes gens, s'ils sont titulaires de 16 inscriptions validées de médecine, seront nommés médecins auxiliaires à dater du 1er janvier 1940.

Hôpital Broussais. — M. le Dr Crocquefer, médecin-stomatologiste des hôpitaux, démobilisé, a repris son service à l'hôpital Broussais, depuis le 1er février.

Un hôpital Pedro Chutro. — En souvenir de l'éminent chirurgien de Buenos-Aires qui, en 1914-1918, rendit à Paris d'immenses services à nos blessés, le Comité argentin de secours aux œuvres militaires a donné le nom de Pedro Chutro à l'hôpital installé dans le pavillon argentin de la Cité universitaire de Paris.

Hôpital Saint-Michel (33, rue Olivier-de-Serres, Paris (15e). — *Internat service de gastro-entérologie.* — Registre d'inscription ouvert du 15 mars au 31 mars.

Nominations le 20 avril.

Entrée en service le 1er mai.

Les internes reçoivent une allocation mensuelle de 300 francs. Ils sont logés et nourris à l'hôpital.

Ils sont astreints à assurer par roulement une garde de vingt-quatre heures.

Demandes avec indications de titres au Dr Maurice Delort, 1, place d'Iéna, Paris (16e).

Faculté de Médecine de Paris. — *Pathologie chirurgicale.* — M. le Dr Ménégaux, agrégé, commencera son cours le lundi 11 mars prochain, à 16 heures, au petit amphithéâtre et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants:

Sujet du cours : *tête, cou, thorax, rachis.*

— *Travaux pratiques d'anatomie.* — Une série supplémentaire de travaux pratique d'anatomie aura lieu à partir du jeudi 4 avril à 13 h. 30. Droits d'inscription : 200 fr. S'inscrire au Secrétariat, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 heures à 16 heures.

Faculté de Médecine de Marseille. — M. Dumazert, assistant, a été chargé des cours de clinique gynécologique et de médecine opératoire en remplacement des titulaires mobilisés.

Légion d'honneur. — Est inscrit au tableau spécial, pour *chevalier* (pour prendre rang du 21 janvier 1940) :

M. Galloni (Louis), médecin lieutenant : modèle de conscience et de dévouement. Le 28 novembre 1939, est allé sous le bombardement, porter secours à des tirailleurs grièvement blessés. Le 13 décembre, a spontanément donné son sang à un tirailleur blessé la veille et amené à son poste de secours dans un état de faiblesse extrême. (Croix de guerre avec palme)

Guerre. — Par décret en date de 6 mars 1940, M. le médecin général Fontan a été nommé directeur du Service de Santé au ministère de la Défense Nationale et de la Guerre.

Médaille militaire (*réserve*). — Sont inscrits au tableau spécial : MM. Pennel, médecin auxiliaire, et Fumet, sous-aide major.

Académie royale de médecine de Belgique. — Les professeurs A. Lamblotte (d'Anvers) et C. Heymans (de Gand) ont été nommés l'un membre honoraire et l'autre membre titulaire de l'Académie royale de médecine.

College à Cardiff. Le Middlesex, précédemment évacué à Bristol, a été ramené à Londres.

Caisse d'Assistance Médicale de Guerre. — Dans sa dernière séance, le Conseil de l'Association Générale des Médecins de France a été mis au courant de la situation de la Caisse d'Assistance Médicale de Guerre, créée, comme lors de la guerre 1914-1918, pour venir en aide aux médecins mobilisés et à leurs familles. Cette Caisse a reçu l'autorisation de la Préfecture de Police prévue par le décret-loi du 29 novembre 1939. Plusieurs demandes de secours — dont deux émanant de médecins auxiliaires — ont été examinées. Les désirs exprimés par quelques groupements départementaux au sujet de l'instruction des demandes ont été admis par le Conseil.

On peut adresser sa contribution à l'Association Générale des Médecins de France, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris (7e). Compte courant postal : Paris 18607.

Société des hôpitaux libres. — Le 27 février, M. Marc Rucart, ministre de la Santé Publique, a reçu la délégation du Conseil de la Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres sous la conduite de son président, M. Maurice Beaussenat.

Etaient présents : MM. Germain Blechmann et Lamy, vice-présidents ; Delort, secrétaire général ; Lonjumeau, membre du Conseil.

S'étaient excusés : MM. Cathelin, Clément, Simon, et Thierry de Martel, anciens présidents : Mondain et Gadaud, vice-présidents ; Denet, membre du Conseil.

M. Paul Descomps, président d'honneur, président du dernier exercice, assure comme médecin colonel un important service d'un groupe de départements.

MM. Martiny et Huet, secrétaires généraux, sont aux armées.

MM. J.-Ch. Bloch, Desaux, Giroud, Moulonguet, Vaudescal, Franck, Viala, Houzel, Arthus assurent des services militaires.

Le ministre s'est longuement entretenu avec les membres de la délégation au sujet de cette réunion qui, groupant dès maintenant plus de 40 hôpitaux de la région parisienne et 250 membres de l'empire français et de l'étranger, apporte toute sa vigueur à sélectionner les maisons qui sont des centres d'études et d'enseignement et qui appelle à elle tous les maîtres libres.

REMARQUES SUR LA SEPTICÉMIE A STREPTOCOQUES INFECTION PROFESSIONNELLE CHEZ LE MÉDECIN

Par M. Hyacinthe Vincent

Membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine

Le médecin, le chirurgien, le spécialiste, l'accoucheur, tout entiers à l'examen et aux soins à donner à leurs malades, peuvent oublier qu'ils sont souvent exposés à la contagion professionnelle. L'infection streptococcique, en particulier, réclame de leur part une stricte et prudente attention. Les exemples de contagion ou d'inoculation ne sont pas, chez eux, exceptionnels.

On connaît le cas d'un jeune médecin d'avenir qui a succombé, il y a quelques années, à une septicémie ayant pareille origine. Il m'a été signalé l'exemple plus récent d'un chirurgien de province mort dans de semblables conditions.

Chirurgiens et médecins ainsi contagionnés ont, malheureusement, tendance à négliger les premiers symptômes de l'infection lorsque ceux-ci sont peu bruyants. Or, nul n'est immunisé contre ce très dangereux microbe.

Les anatomistes, les hommes de laboratoire peuvent être menacés par la même infection. Blessé directement jadis à l'avant-bras, par l'angle saillant d'une bouteille cassée, contenant une culture très virulente de streptocoque hémolytique, j'ai éprouvé, quatre heures après, un violent frisson avec 40°. Bien que profonde de 1/2 centimètre, la blessure saignante était, heureusement, assez béante. Des tamponnements et des bains prolongés, immédiats et renouvelés, ont eu raison du microbe. Le sérum antistreptococcique n'existait pas encore.

Pour les médecins ou les chirurgiens inoculés par le streptocoque, la prudence leur commande de se soigner *immédiatement* par les moyens locaux et généraux les plus actifs en vue d'éviter la septicémie.

Depuis que la sérothérapie antistreptococcique a été instituée, il a été publié de très nombreux exemples de streptococcémie de la plus haute gravité, accompagnée de complications multiples (pulmonaires, articulaires, rénales, méningées, vasculaires, etc.), qui ont guéri sous l'influence des injections de sérum. Une Thèse récente de L. Taséi en signale de nouveaux exemples (1).

Je voudrais noter ici, très brièvement, deux observations de septicémie, qui intéresseront, peut-être, les médecins et les chirurgiens, car elles concernent deux d'entre eux.

La première est de M. le professeur Charles Perrier, de Genève. Elle a été reproduite par Debail (2). En voici le résumé :

Le Dr X..., en opérant un phlegmon de la jambe, a une échappée de bistouri et se blesse à l'avant-bras gauche. Infection primitivement locale, puis générale. Frissons, fièvre (40°3), pouls précipité. Bientôt après, symptômes généraux graves, prostration, somnolence, délire.

On incise la lésion locale, qui paraît très superficielle et simplement œdémateuse. Mais le streptocoque y est présent. Les phénomènes septicémiques atteignent leur degré le plus marqué et le pronostic est considéré comme fatal.

Injections quotidiennes de sérum antistreptococcique. Elles amènent une descente lente et régulière de la fièvre, la disparition du délire et des symptômes toxi-infectieux. Au septième jour, l'amélioration était très marquée et on put intervenir chirurgicalement sur l'avant-bras. *Guérison.*

Voici la seconde observation d'un chirurgien infecté dans des conditions semblables.

Un jour de décembre 1938, me trouvant chez mon ami, le Dr R. Baudet, Chirurgien honoraire des Hôpitaux, celui-ci m'avise qu'un confrère de Paris, prévenu de ma visite, demandait à me parler.

Je vis venir à moi le Dr X... (bien qu'il m'ait autorisé à dire son initiale, je ne l'indique pas autrement), qui me dit, d'emblée : « J'ai eu cette année, une septicémie à streptocoques d'une gravité extrême. Je suis venu ici pour vous dire que je vous dois certainement la vie et vous exprimer ma profonde reconnaissance ».

Puis il me raconta son histoire clinique. A l'occasion d'une intervention faite chez un malade infecté, blessure et inoculation.

Bientôt après, symptômes généraux d'infection généralisée, fièvre élevée, septicémie à évolution rapide. L'hémoculture donne le streptocoque.

Traitement sulfamidé précoce et intensif. Aucun résultat. L'aggravation des phénomènes infectieux ne laisse aucun espoir et le médecin consultant, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, ne dissimule pas à la famille de notre confrère la situation désespérée du malade.

Sur le conseil de mon Collègue, on pratique enfin les injections de sérum antistreptococcique à la dose de 100 centimètres cubes par jour.

Notre confrère a entièrement guéri. Il avait reçu, m'a-t-il dit, 700 centimètres cubes, environ, de sérum antistreptococcique.

Ces exemples convaincront-ils chirurgiens et médecins de la nécessité absolue de recourir sans aucun retard au traitement local et au traitement général qui les mettront à l'abri d'une septicémie mortelle ?

***

Si j'ai relaté sommairement ces observations, ce n'est pas parce qu'elles apportent de nouveaux exemples de septicémie à streptocoques guéries par le sérum antistreptococcique — car j'en possède bien d'autres — c'est parce que le second cas de guérison a été l'occasion d'un épisode touchant que je veux dire. Je voudrais espérer que le lecteur ne m'en voudra pas d'apporter ici une petite note sentimentale.

Après m'avoir mis au courant de son observation clinique qui eût pu être dramatique, mon très distingué confrère, qui m'avait ainsi renseigné, voulut bien me reconduire chez moi. En me quittant, il me renouvelle sa gratitude et, d'une voix un peu émue, il me demande la permission de m'embrasser.

Je ne sais si je le lui ai laissé paraître, mais j'ai été moi-même aussi ému de ce geste plein de délicatesse.

J'ai reçu des lettres adressées par d'anciens malades,

(1) L. Taséi. Contribution à l'étude des septicémies chirurgicales à streptocoques. Résultats de la sérothérapie par le sérum de Vincent. *Thèse de Lyon*, 1939.

(2) A. Debail. *Thèse de Lille*, 1932.

des parents, ou bien naïvement écrites par des enfants, et qui me marquaient leur reconnaissance de ce que le sérum leur avait sauvé la vie. Je les conserve précieusement. Je garderai, de même, le souvenir de l'accolade affectueuse de mon cher confrère : la reconnaissance habite les âmes d'élite. C'est peut-être pourquoi elle est si rare.

Je ne sais quel fantaisiste a dit : « Semez de la graîne de carotte dans le cœur humain, elle y poussera mieux que la graîne de reconnaissance ». Sous une forme plus littéraire, La Bruyère proclame « qu'il n'y a guère au monde de plus bel excès que celui de la reconnaissance ».

Mais, aussi bien, si l'on songe aux services désintéressés rendus par les médecins à leurs malades, à toutes les preuves de dévouement qu'ils leur ont prodiguées, quel est celui d'entre nous qui ne sera pas porté à méditer la réflexion un peu sceptique du moraliste ?

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

L'ANOXÉMIE
Son traitement par l'oxygénothérapie

Par L. Babonneix
Membre de l'Académie de Médecine

L'anoxémie, ou anoxie, joue un rôle considérable en pathologie humaine. Qu'il s'agisse d'intoxication par les gaz de combat, de sujets atteints d'affections cardiaques ou pulmonaires, dyspnéiques et cyanosés, d'opérés atteints de complications pulmonaires, partout elle intervient; partout, elle commande le pronostic. Aussi, convient-il de savoir la soigner. Quelle méthode lui est applicable ? Par définition, l'oxygénothérapie, sous forme d'inhalations d'oxygène, méthode qui est capable de donner de merveilleux résultats. A une condition, toutefois, c'est qu'on la pratique correctement. Nos lecteurs nous sauront gré de résumer à leur intention l'ouvrage que vient de publier M. le professeur Léon Binet, avec l'aide de Mlle Madeleine Bochet et de M. V. Strumza (1).

***

Quelles sont ses *indications ?* Le chirurgien pense d'emblée aux plaies de poitrine compliquées d'hémo ou de pneumothorax, à certaines blessures du cœur, aux opérés du poumon, sans oublier les complications post-opératoires des blessés du crâne, ni la dyspnée du blessé en état de choc.

Le médecin a surtout en vue la pneumonie et la bronchopneumonie, les complications pulmonaires qui accompagnent ou suivent les infections, la dyspnée des cardiaques et des intoxications.

Au premier rang des affections respiratoires, il faut citer l'œdème de la glotte, la laryngite diphtérique, l'œdème aigu du poumon, la bronchite capillaire, la crise d'asthme suffocant, où l'oxygénothérapie peut faire des miracles, à condition d'être précoce et prolongée. A ces indications concernant l'adulte, ajoutons, chez l'enfant, la bronchopneumonie.

(1) Léon Binet, Madeleine Bochet et M. V. Strumza. L'anoxémie. Ses effets. Son traitement : l'oxygénothérapie. Paris, 1939, in-8° de 93 pages. Masson, éditeur.

Les *insuffisances cardiaques* sont aussi justiciables de l'oxygénothérapie, combinée à l'administration de toni-cardiaques (Ch. Flandin). Il en est de même de l'infarctus du myocarde : ne sait-on pas qu'à elle seule, chez un sujet normal, l'anorexie engendre des modifications des tracés électrocardiographiques qui rappellent les tracés de l'infarctus et que fait disparaître l'oxygénothérapie.

Mêmes observations en ce qui concerne les *intoxications par gaz :* oxyde de carbone (Maurice Nicloux), où il convient de recourir à des inhalations d'oxygène pur, faites isolément ou associées à la respiration artificielle si la respiration spontanée est déjà suspendue ; gaz de combat, lorsqu'ils ont provoqué de la dyspnée, ainsi qu'en témoignent et la chute du taux de l'oxygène dans le sang pris par ponction artérielle, et l'analyse de l'air alvéolaire, qui, comme on sait, renferme 14 % d'O et 5,6 % de CO^2, cette détermination renseignant exactement sur la teneur en O et en CO^2 du sang qui sort du poumon. Chez tous ces sujets *en mal d'oxygène*, les inhalations font remonter le taux de l'O alvéolaire et diminuent celui de l'hémoglobine réduite, l'O dissous dans le plasme sanguin dépendant uniquement (M. Nicloux) de la pression de ce gaz dans l'air inspiré. Ajoutons que l'oxygène est l'antidote de l'intoxication oxycarbonée. Si l'on élève suffisamment le taux de l'oxygène dans l'air inspiré, le globule rouge perd CO et fixe à nouveau de l'O.

Quelle doit être la *pratique* des inhalations d'oxygène, qui, convenablement effectuées, sont sans le moindre danger ?

Sans se livrer à la fastidieuse énumération des appareils qui ont été proposés depuis Brown-Séquard (1867), insistons seulement un peu sur ceux qu'utilise actuellement le professeur L. Binet dans son service hospitalier.

Le malade supportant mal la moindre gêne respiratoire, l'auteur a réalisé un modèle très léger de *masque*, entièrement transparent, mobile autour d'un pivot qui permet de le relever ou de l'abaisser instantanément et dans lequel l'élimination de l'excès de chaleur, d'humidité et de CO^2 puisse être assuré au moyen d'une aération suffisante. Une large visière de rhodoïde ininflammable est munie d'une bande de caoutchouc qui limite sa capacité au visage et au cou. Un galon léger le fixe à la nuque. Une articulation permet de faire pivoter le masque pour dégager au besoin le visage du patient. A la partie supérieure, un espace libre reste ménagé entre le front et la visière : l'air suroxygéné s'échappe ainsi vers le haut, entraînant l'excès de CO^2, tandis qu'un pointeau d'alimentation débite l'oxygène à la partie inférieure. Une capsule percée latéralement de deux fins orifices distribue l'oxygène en créant une légère ventilation. Le débit le meilleur est de 8 litres par minute, avec une concentration de 60 à 65 % d'oxygène et de 1,4 % de CO^2.

Ainsi constitué, ce masque peut être utilisé instantanément et en tous lieux et permet une oxygénation efficace.

Le malade a-t-il besoin d'un traitement de fond, on préparera au masque une enceinte de plus grande capacité, dans laquelle l'air suroxygéné peut être rafraîchi et partiellement asséché. M. Binet et ses collaborateurs ont imaginé une *tente* de construction simple, qui puisse fonctionner en tous lieux sans utiliser ni force motrice extérieure, ni agent chimique, ni exiger le recours d'un personnel spécialisé. L'agent moteur est l'oxygène même, qui, du fait de sa haute pression dans l'obus, représente une réserve importante d'énergie.

La tente à oxygène est en forme de cabriolet. Le tissu imperméable qui le constitue est muni de larges fenêtres transparentes ; elle se dispose sur un cadre pliant au chevet du patient et un support mobile, réglable en hauteur et en direction, permet de l'adapter instantanément à tous les brancards et lits de malades. Sa capacité se limite à la partie supérieure du corps du patient. Ainsi, une partie de

la chaleur produite se trouve éliminée : la concentration requise en oxygène est rapidement atteinte et facilement entretenue. La tente se présente sous la forme d'une cabine claire dans laquelle le patient peut se mouvoir et s'alimenter aisément. L'oxygène est distribué au moyen d'obus qui contiennent 2 à 3.000 litres de gaz comprimé à haute pression que détend un appareil spécial, tandis qu'un manomètre indique le débit par minute.

Pour assurer la ventilation, le rafraîchissement de l'atmosphère suroxygénée et la condensation de l'excès d'humidité, M. Binet et ses collaborateurs ont disposé, au chevet du patient, un bac à glace rectangulaire divisé en deux compartiments par une cloison perforée. Une trompe à gaz est placée verticalement au centre ; ses orifices d'aspiration s'ouvrent dans le compartiment inférieur, sous la paroi perforée qui supporte la couche de glace. C'est là, par l'étroit orifice, pointeau calibré de la trompe à gaz, que pénètre l'oxygène venant de l'obus. Sa vitesse d'entraînement produit une dépression locale, d'où appel de l'air suroxygéné de la tente à travers toute la hauteur de la couche de glace, au contact de laquelle le mélange gazeux se refroidit, tandis que se condense la vapeur d'eau expirée. Si la ventilation, grâce à l'augmentation du rendement de la trompe à gaz, atteint 150 à 180 litres d'air suroxygéné à la minute pour un débit d'O de 8 litres/minutes, l'atmosphère inférieure se trouve renouvelée près de 50 fois par heure.

Sachant combien la sensation de bien-être peut dépendre de l'orientation de l'air frais déplacé, M. Binet a disposé un manchon flexible pourvu d'une coquille orientable à la sortie de la trompe à gaz, au-dessous du bac à glace.

Pour régler la température de l'enceinte, on utilise le manomètre qui porte deux raccords de sortie d'oxygène : l'un relié à la trompe à gaz qui se trouve en pleine glace, l'autre relié à un orifice d'entrée disposé à la partie supérieure de la tente, ce dernier portant un bouton molleté, généralement vissé, de façon à obstruer la canalisation correspondante. Dans ces conditions, tout l'oxygène fourni par le mano-détendeur traverse la trompe à gaz : le refroidissement est maximum. Si l'on dévisse insensiblement le bouton molleté du second raccord, le débit d'oxygène se partage entre les deux canalisations : une partie seulement alimente la trompe à gaz dont la ventilation diminue rapidement ; l'autre pénètre au sommet de la tente sans traverser la glace. On obtient ainsi la température voulue, en surveillant le thermomètre, par un simple partage du débit d'oxygène entre les deux canalisations.

Afin d'éliminer l'excès de CO^2 éliminé par le malade, les auteurs n'utilisent pas la chaux isolée. Ils préfèrent régler le débit d'alimentation en oxygène au voisinage de la ventilation moyenne d'un adulte normal : l'accumulation de CO^2 ne semble ainsi pas à craindre. On sait, en effet, que le pouvoir de diffusion de ce gaz est vingt-cinq fois plus grand que celui de l'oxygène. Or, avec le débit adopté, l'étanchéité absolue de la tente n'est pas nécessaire, l'alèze de caoutchouc est supprimée et le CO^2 en excès se trouve ainsi éliminé.

Le séjour du malade sous la tente peut être prolongé sans qu'il soit besoin de déplacer l'appareil. S'il s'agit de séances discontinues, il suffirait de relever le cabriolet au-dessus du chevet du patient et de l'abaisser au moment de l'utilisation. Si l'on pratique l'oxygénothérapie continue, le rechargement du bac à glace se fait par orifice muni d'une fermeture éclair qui se trouve au sommet de la tente.

L'appareil peut être entièrement désinfecté, et sans dommage pour les diverses parties qui le constituent, par un séjour de plusieurs heures dans la chambre au formol, à la température moyenne des hôpitaux.

La respiration est-elle suspendue, il faut recourir aux *manœuvres de respiration artificielle*, soit manuelles, soit au moyen d'un appareil. Celui qu'ont inventé les auteurs combine l'action mécanique obtenue par compression pneumatique externe du thorax et de l'abdomen avec l'inhalation d'oxygène. Le mode est actuellement aux poumons d'acier, déjà préconisés par Woillez en 1876, et dans lesquels un dispositif approprié permet de produire une dépression rythmique à l'intérieur d'une chambre qui contient le sujet en état d'asphyxie et d'entretenir ainsi des mouvements respiratoires par un procédé qui rappelle l'acte respiratoire normal. A côté de ces dispositifs englobant tout le corps, il en est de plus simples, moins onéreux, permettant le procédé mécanique cherché tout en autorisant les changements de position du malade, l'évacuation de ses déjections, les injections sous-cutanées. M. Binet et ses collaborateurs en ont inventé un, pour lequel ils utilisent, afin de provoquer des dépressions pneumatiques à l'intérieur de l'enceinte où se trouve le malade, un appareil aspirateur spécial, déjà préconisé par Ph. Drinker et E. L. Roy. Afin de réaliser leur alternance, il suffit de mettre alternativement l'enceinte avec l'aspirateur, puis avec l'air extérieur qui rétablit la pression atmosphérique. A cet effet, et pour rendre la manœuvre automatique, ils ont disposé, sur une partie du tube reliant l'aspirateur à la chambre, un large clapet qui s'adapte à un orifice circulaire de 8 centimètres de diamètre et qui est actionné par un petit moteur synchrone monophasé de faible puissance, muni d'un réducteur de vitesse.

SECOURISME DE GUERRE

La conduite à tenir en campagne en présence des gaz de combat [1)]

Par M. le médecin auxiliaire Maurice Leconte
médecin chef de la n^{e} batterie de repérage

Nous présentons dans le court exposé qui suit quelques notions premières dont la connaissance est indispensable à la prévention immédiate des effets des toxiques de guerre, encore appelés gaz de combat, malgré la grande variabilité de leur état physique.

La certitude que nous avons d'avoir affaire actuellement à un adversaire dirigé par des chefs sans scrupules impose la nécessité de bien connaître la conduite à tenir en présence d'une atteinte par ces substances avant l'intervention du médecin.

Bien qu'il s'agisse davantage d'un mémento de secourisme que de thérapeutique médicale à proprement parler, nous avons pensé que ce simple travail avait sa place dans un organe particulièrement goûté des jeunes à qui incombe le devoir d'instruire à la fois les infirmiers et les troupes avec lesquels, qu'ils soient médecins lieutenants, médecins sous-lieutenants ou médecins auxiliaires, ils sont de par leur fonction en étroits contacts, et leur œuvre thérapeutique sera d'autant plus efficace, en cas d'une nouvelle violation des engagements de nos ennemis, qu'ils auront mieux montré dans leurs corps, les éléments de la prévention. On sait, en effet, le haut pourcentage, durant la guerre de 1914-1918, des accidents imputables à la non-observation des instructions sur la protection des gaz.

Un autre intérêt s'attache encore à une telle vulgarisation : c'est la perspective qu'il n'est pas impossible de rendre à peu près inutile à l'ennemi l'usage d'une arme qu'il saura devenue inefficace.

(1) Ce travail est la reproduction d'une conférence faite aux armées aux hommes de la ° batterie de repérage.

(Visé à l'Inspection générale du Service de Santé des armées le 29 décembre 1939).

LES PREMIERS TEMPS DE LA DÉFENSE CONTRE LES GAZ

Trois principes doivent toujours être présents à l'esprit :
— s'être exercé au port du masque ;
— faire vite ;
— garder son sang-froid.
Il faut ensuite :

I. — **Reconnaître les gaz.**

Il faut reconnaître l'existence des gaz très précocement :

A. — Les vésicants se reconnaissent :
— avant l'atteinte, par des odeurs différentes :
l'ypérite a une odeur de *moutarde* et d'*ail*, odeur nettement piquante, odeur de raifort.
la léwisite a une odeur tout à fait comparable à celle du géranium. Son action est plus rapide que la précédente.
Il faut savoir :
— que les manifestations cliniques se font à retardement plusieurs heures après le contact ;
— que l'ypérite a une affinité spéciale pour les *graisses*, les régions riches en glandes sébacées de la peau : aisselles, aines, organes génitaux (la plus grande hygiène est recommandée pour ces régions).
— après l'atteinte :
les manifestations sont :
— *au niveau de la peau :*
des rougeurs cutanées, des vésicules rappelant les brûlures.
— *au niveau des yeux :*
du gonflement des paupières, des picotements, de la cuisson, du larmoiement, de la fatigue douloureuse de la vue.
— *au niveau des poumons* (si on a respiré) :
de l'enrouement, de la cuisson à la gorge, de la toux.

B. — Les suffocants se reconnaissent :
— avant l'atteinte :
le chlore, par son odeur d'eau de Javel ;
le phosgène (oxychlorure de carbone), par son odeur de foin pourri, de terreau. La fumée de tabac a une odeur très désagréable sous son influence ;
la chloropicrine (lacrymogène et émétisant), par une odeur faible rappelant le chocolat, les feuilles mortes, le pain d'épices (émétisant signifie qui fait vomir).
— après l'atteinte :
les suffocants réalisent une asphyxie expérimentale d'apparition plus ou moins rapide selon la densité du gaz et la quantité inhalée.
Les premiers symptômes sont :
— de l'irritation respiratoire, de la toux, des suffocations et des signes digestifs d'empoisonnement : vomissements ou nausées particulièrement pour la chloropicrine (ou Vomiting Gaz des Anglais).

C. — Les irritants :
L'effet de ces gaz est à peu près simultané à l'atteinte.
a) *les lacrymogènes* (type bromure de benzyle, à odeur de bonbons anglais : bromacétone, martonite) font pleurer ; les yeux cuisent et larmoient. Le sujet est momentanément aveuglé.
b) *les sternutatoires* (la plupart sont solides et pulvérisés, type diphénylchlorarsine, croix bleue des Allemands). Ils font éternuer et provoquent une sécrétion nasale importante. En cas d'intoxication forte ou prolongée on peut observer :
— *des signes pulmonaires :* toux, troubles de la respiration:
— *des signes digestifs :* salivation, nausées, vomissements.
— *des signes généraux :* somnolence très spéciale.

D. — Les toxiques généraux réalisent diverses intoxications générales de l'organisme.
On les reconnaît :
— avant l'atteinte :
par des odeurs diverses :
— *l'acide cyanhydrique* a une odeur d'amandes amères ;
— *l'hydrogène arsénié* a une odeur d'ail qui diminue à faible concentration ;
— *une exception importante :* l'oxyde de carbone (en chimie CO et non gaz carbonique CO^2) est absolument inodore, insipide et invisible. C'est un toxique général qui, en cas de bombardements massifs peut être dangereux dans les abris à mitrailleuses, les régions basses très bombardées, les trous et peut s'accumuler formant des nappes délétères.
— après l'atteinte :
Les manifestations sont pratiquement comparables pour l'intoxication par l'oxyde de carbone et l'acide cyanhydrique.
On observe :
— des maux de têtes, des vertiges ;
— des signes digestifs : nausées, vomissements ;
— des signes respiratoires et cardiaques : accélération de la respiration et du pouls.
— des paralysies des membres inférieurs, survenant plus ou moins rapidement après les signes précédents, et qui peuvent être les signes avant-coureurs de la perte de connaissance ;
— pour l'hydrogène arsénié, aux signes d'intoxication s'ajoutent des signes de jaunisse plus ou moins intense.

II. — **Prendre les premières mesures prophylactiques.**

Les gaz, une fois reconnus, il faut :

A. — Prévenir une plus grande intoxication.
a) *en portant un masque* pour les suffocants, les irritants et toxiques généraux. Le port du masque, sa mise en place, son entretien, son maniement dans les différentes circonstances à prévoir est expliqué par le Service Z et les brochures civiles et militaires réservées à ce temps important de la protection contre les gaz.
Il faut faire vite tant pour les gaz très nocifs que pour les lacrymogènes et les sternutatoires qui gênent ensuite le maintien du masque.
b) *en évitant et neutralisant les régions souillées*, ceci pour les vésicants.
Les diverses précautions à prendre, les quantités de chlorures de chaux nécessités par mètre carré dans les différentes occurences possibles sont l'objet des instructions du service Z.

Durée des précautions. — Remarques importantes
Le danger subsiste tant que l'odeur est perceptible, si faible soit-elle.
Plus la température est élevée, plus le danger est grand.
Il appartient au Service Z d'exposer comment son utilisés les gaz et les endroits les plus propices à la contamination.

B. — Donner les premiers soins d'urgence.
Dans bien des cas, les camarades du gazé auront pu préparer la besogne des brancardiers. Ils doivent donc connaître ces premiers temps prophylactiques, car les minutes comptent. Ces soins seront complétés par le médecin au poste de secours le plus proche (avant triage selon les cas).
a) *Pour les vésicants* (ypérite, lewisite, arsines, etc.).
Notions importantes :

— *le poison ne pénètre pas immédiatement* à travers les tissus : les vêtements seront changés le plus vite possible.

— *le vésiqué est contagieux*. Donc isoler tout ypérité.

1° *Ne pas se gratter*, ne pas se promener ses mains sur les yeux, la figure, la bouche, etc.

Il est bon de s'habituer à celà dès maintenant en toutes circonstances.

2° *Donner les premiers soins.*

a) *sur la peau :*

1° *Absorber* le produit à l'aide de coton, de gaze hydrophile, de buvard ou linge à la rigueur. Ne jamais frotter.

2° *Complètement à sec*, couvrir la partie de peau souillée avec du chlorure de chaux sec (jamais sur l'anus, les organes génitaux ou les yeux) ou avec l'onguent du Service de Santé.

b) *sur les yeux :*

Ne jamais frotter.

Ne pas se servir du chlorure de chaux.

Se contenter d'absorber le vésicant d'urgence avec un coton en tamponnant et aller d'urgence au poste de secours le plus proche.

3° *Evacuer* le plus tôt possible sur le poste de secours le plus proche (que chacun doit repérer dès l'arrivée dans un nouvel emplacement) tout homme atteint par un obus à produit vésicant.

Nota. — En l'absence de chlorure de chaux ou d'onguents spéciaux, on peut utiliser le *pétrole*, *l'essence d'auto*, *l'alcool*, mais ces corps ne neutralisent pas le poison. Il convient de se savonner ensuite, à chaud si possible.

Ces soins ne seront plus appliqués dès l'apparition des effets vésicants. Si les rougeurs sont apparues (aspect de coups de soleil, de sinapismes, de brûlures avec ou sans vésicules), le malade sera évacué purement et simplement vers le poste de secours. Sauf en cas d'atteinte pulmonaire, le vésiqué peut se rendre lui-même au poste de secours ; jamais dans le cas suivant.

b) *les suffocants* (type phosgène et chlore) ;

Prescrire au gazé dès l'inhalation des gaz et non dès l'apparition des symptômes :

— le silence ;

— le repos total :

physique : pas d'effort, ni de marche.

respiratoire : pas de respiration artificielle.

digestif : ni aliment, ni médicament par la bouche, ni alcool.

Evacuer sur brancard, dans l'immobilité la plus complète, vers le poste de secours le plus proche et toujours repéré à l'avance.

Cas complexes. — Le gazé, à la fois ypérité et suffoqué doit être traité comme tous les vésiqués, mais dans le plus grand repos, et transporté par les brancardiers comme tout suffoqué.

c) *les lacrymogènes et les sternutatoires.*

L'essentiel est de *mettre d'urgence en place* le masque à gaz et de tâcher de résister à l'irritation en le conservant pour éviter une intoxication plus grande.

Après soustraction à l'ambiance irritante, les manifestations *disparaissent assez vite*. En cas de persistance, aller au poste de secours voisin se faire faire les soins nécessaires.

d) *les toxiques généraux* (oxyde de carbone, acide cyanhydrique, hydrogène arsenié.

Evacuer d'urgence l'intoxiqué sur le poste de secours, dans les cas légers.

Faire auparavant la respiration artificielle, si le malade a perdu connaissance ou a cessé de respirer.

C'est le seul cas où la respiration artificielle soit recommandée avant d'évacuer le malade gazé sur le poste de secours.

Jamais il ne faut la faire sur un suffoqué.

Rappel de la technique de la respiration artificielle (méthode Schaefer) :

Le gazé est étendu sur le ventre.

Le sauveteur se place à genoux, à cheval au-dessus du gazé et derrière lui.

Ainsi que le rappelle M. le médecin général Cot, dans sont excellent livre (p. 107), les deux mains du sauveteur doivent être appliquées sur *la région lombaire*, les paumes situées au-dessous des dernières côtes et au-dessus des crêtes iliaques.

Les pressions se font au niveau des reins du sujet grâce au déplacement en avant du corps du sauveteur qui appuie ainsi progressivement en maintenant ses bras en extension. Il reste deux secondes dans cette position, puis il cesse la pression et conservant les mains en position il se redresse et s'asseoit sur ses talons.

Le rythme doit être de 16 pressions par minute. En pratique, il est inutile de compter. Il suffit de se baser sur sa propre respiration.

Quand la respiration artificielle est indiquée, en cas de syncope ou d'asphyxie par privation d'oxygène ou à la suite de l'action d'un toxique général, il faut alors la pratiquer longtemps jusqu'à la limite du raisonnable.

Nota. — Toujours tâcher d'apporter au médecin le *maximum de renseignements* sur la nature de l'accident, la densité de l'atmosphère viciée, la durée de l'intoxication, etc.

BIBLIOGRAPHIE

Babonneix, M. L. — Premiers soins à donner aux intoxiqués par les gaz de combat. *Gazette des Hôpitaux*, 26 décembre 1939.

Clavelin et Jame. — Le Service de Santé militaire. Ch. Lavauzelle, éditeur.

Médecin général Cot. — Ecole pratique du secouriste spécialisé dans les soins aux *asphyxiés* du temps de paix et aux *gazés* du temps de guerre. 5e édition. Le François, édit., 91, boulevard Saint-Germain, Paris, 1939.

Instruction technique sur la protection contre les gaz de combat. Ch. Lavauzelle, éditeur.

Le Monde Médical, n° du 1-15 mai -1939, consacré à la Défense passive contre les gaz.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 19 février 1940

Préparation et poids moléculaire de la myoglobine de cheval (hémoglobine musculaire) cristallisée. — M. Jean Roche et Mlle Hélène Vieil.

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 5 mars 1940

Notice. — M. Tiffeneau donne lecture d'une importante notice nécrologique sur M. Desgrez.

Gelure des pieds. — MM. Champy, Giroud et Coujard montrent expérimentalement que l'un des facteurs essentiels de la gelure des pieds est la carence en vitamine B.

La striction gênant la circulation intervient comme facteur favorisant, mais est sans action en présence d'un taux suffisant de vitamine B.

La revitaminisation doit être surtout préventive. Une fois les lésions installées, la guérison est toujours lente. Il y a donc lieu de surveiller le régime des soldats, surtout dans les conditions où la gelure peut se produire, qui correspondent généralement aux périodes où le ravitaillement en légumes frais, source de vitamines, est particulièrement difficile. L'abondance même de l'alimentation peut être une cause de carence si elle n'est pas équilibrée.

Un pain complet suffirait à éviter la carence. On pourrait d'ailleurs rendre la vitamine B au régime sous d'autres formes.

Recherches sur les substances neuro-myotropes urinaires. — M. Pagniez présente une note de MM. Th. Ehrenreich et W. Liberson. — Les urines humaines et animales contiennent des substances susceptibles d'augmenter l'amplitude de contractions musculaires.

En ajoutant une petite quantité d'urine, à un liquide de perfusion, qui irrigue des muscles gastro-chémiens, préalablement fatigués, de grenouille, on assiste à un « phénomène de reprise » des contractions musculaires ou bien, si les urines sont très diluées, à une véritable contraction tonique.

Ces deux effets, phénomènes de reprise et contraction tonique, sont particulièrement marqués lorsque les urines proviennent d'une femme enceinte ou d'un animal en état de gestation. Les urines des nourissons, le sérum des animaux gravides contiennent des substances neuro-myotropes. Les distillats des urines et du sérum conservent cet effet neuro-myotrope. L'ammoniaque ne paraît pas être responsable de cette action.

Enfin, certains extraits glandulaires, en particulier les extraits hypophysaires ou orchitiques exercent également une action neuro-myotrope, mais cette action est inconstante.

M. Delbet fait enfin une communication sur **l'absence héréditaire de l'utérus.**

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 21 FÉVRIER 1940

A propos d'un cas d'entorse tibio-tarsienne. — M. Ameline rapporte un cas d'entorse tibio-tarsienne opéré dans lequel ont été trouvés, malgré des signes cliniques banaux, de grosses lésions ligamentaires avec hématome dû à des lésions artériolaires reconnues histologiquement et accompagnées d'œdème.

A propos du traitement des plaies de guerre. — M. Jacques-Charles Bloch. — Ce qui domine dans le traitement des plaies de guerre, ce sont les lésions musculaires. On ne suturera pas les plaies primitivement. Certes, pratiquée dans des conditions excellentes, avec beaucoup d'expérience, sur certaines plaies, bien choisies et très bien excisées, la suture primitive peut donner de beaux résultats.

Mais en face des avantages de la suture primitive : plus grande rapidité de guérison, cicatrice non adhérente, il faut placer ses dangers : gangrène gazeuse, suppuration avec leurs aboutissements : mort ou amputation. On ne peut pas être sûr de pouvoir surveiller assez longtemps les sutures. En cas de grande offensive avec gros travail, on ne peut pas opérer dans d'aussi bonnes conditions. Il faut condamner pratiquement la suture primitive dans la plaie de guerre *à l'avant.*

M. Braine. — Il y a un grand danger à généraliser les sutures primitives des plaies de guerre aux armées. Quelques échecs doivent nous rendre prudents. Aussi M. Braine propose-t-il les *règles* suivantes : toute suture primitive *comporte un risque.* Il faut juger dans chaque cas particulier. Il ne faut faire de suture primitive que quand toutes les conditions en sont réunies : blessé récent, installation chirurgicale parfaite, opérateur très entraîné, blessé opéré rapidement, excision des tissus contus très soigneuse. Une suture primitive pose un pronostic *quoad vitam :* une suture manquée aggrave la situation ; la suture primitive n'est jamais essentielle. Une excision suivie de suture primitive est un acte de patience qui demande du temps. En cas de doute, il faut panser à plat et draîner. La suture nécessite la surveillance dans les jours qui suivent ; l'importance de la plaie superficielle ne permet pas de juger de l'importance des lésions profondes. Il faut très exceptionnellement suturer une plaie de la fesse, de la cuisse ou du mollet. Il est bon de suturer les synoviales articulaires, les nerfs. Suturer avec très grande prudence les parties molles. Il ne faut pas mettre de points perdus, le moins de fils possible. *La suture secondaire reste la méthode de sécurité.* Enfin la chirurgie de guerre doit s'inspirer des possibilités différentes en période de calme et en période d'offensive.

M. Pierre Duval approuve entièrement M. Braine, mais ne peut suivre M. J.-Ch. Bloch dans son rejet des sutures primitives.

M. J.-C. Bloch possède une longue expérience de chirurgie de guerre et pense qu'une méthode excellente entre les mains de M. Duval peut être mauvaise en cas d'afflux de blessés ou appliquée par des chirurgiens manquant d'expérience chirurgicale.

M. Pierre Duval. — La suture primitive a donné de très beaux succès dans la dernière guerre, appliquée à de nombreux cas.

M. Mondor s'associe à l'opinion de M. P. Duval.

M. Cunéo. — L'Académie doit avoir une grande prudence dans l'expression de ses jugements et de ses directions : le rôle des circonstances est considérable dans le choix des méthodes les meilleures.

M. de Martel. — La suture primitive est un grand progrès. Beaucoup de chirurgiens des armées sont des néophytes de la chirurgie de guerre. Se basant sur son expérience personnelle, M. de Martel croit que pour bien suturer des plaies de guerre il faut avoir acquis une expérience qui ne vient que de l'habitude de les traiter.

Maladie de Pellegrini. — M. Claude Olivier (M. Funck Brentano, *rapporteur*), présente quelques observations d'ostéome métatraumatique du ligament latéral interne du genou. Cette affection est découverte par l'examen radiologique d'un genou qui présente quelques séquelles après une entorse. La thérapeutique préventive semble être l'infiltration de novocaïne et la thérapeutique curatrice la radiothérapie.

M. Fredet. — Cette affection est si fréquente qu'elle est presque de règle dans les suites des entorses du genou. Chez les sportifs, aucune importance ; après un accident du travail, sans doute à cause de la sinistrose, cette affection provoque des troubles fonctionnels légers.

A propos des plaies craniocérébrales. — M. Bégouin. — M. Gosset lit une lettre de M. Bégouin qui a eu l'occasion de recevoir à Bordeaux deux blessés du crâne qui illustrent le traitement que doivent avoir aujourd'hui les plaies craniocérébrales. Le premier, traité dans une ambulance non spécialisée est perdu, le deuxième au bout du même temps, traité dans une ambulance spécialisée, est guéri.

Plaies des nerfs par projectile de guerre. — M. Gosset. — Dans une plaie de guerre il y a avantage à rechercher l'état des gros troncs nerveux. Quand le nerf n'est pas complètement sectionné, s'abstenir, mais, quand le nerf

est sectionné, mettre les extrémités au contact, après avivement, par un fil de soie, ne jamais faire de traction. Que la plaie suppure ou ne suppure pas, cela permet la régénération. On évite l'écartement qui pourrait secondairement nécessiter des greffes toujours plus aléatoires.

M. P. Duval. — On peut amarrer les nerfs, même quand il persiste un écartement.

M. Cunéo. — Il y a intérêt, en attendant la régénération nerveuse, à maintenir le membre en bonne position.

Un cas de myélocytome. — M. Bergeret.

SÉANCE DU 28 FÉVRIER 1940

M. Gosset donne lecture d'une adresse de sympathie à la France adressée par M. Canto, de Rio-de-Janeiro, et signée par 62 de ses collègues brésiliens.

Fonctionnement d'une ambulance neuro-chirurgicale de l'avant. — M. Féret donne un compte rendu du fonctionnement de cette ambulance qui s'est fait dans des conditions très satisfaisantes et rapporte quelques-unes des constatations faites sur les blessures, leur évolution et leur traitement.

Résultats éloignés de thoracoplasties dans la tuberculose pulmonaire. — MM. Fruchaud et Bernon. — Par une technique un peu spéciale, les auteurs ont opéré 242 malades. Ils font dans un premier temps une thoracoplastie en hauteur (sur toute la hauteur des lésions) qu'ils élargissent dans un deuxième temps. Cette technique semble plus favorable. Ils ont obtenu 87 % de guérison dans les cas non évolutifs et 33 % chez les malades graves, de guérison durable ; environ 80 % de guérisons durables dans les indications limites. Il semble que l'apicolyse soit au moins inutile pour les bons effets de la thoracoplastie.

Un cas de tétanos guéri. — M. Funck-Brentano. — Un tétanos généralisé a guéri par administration uniquement sous-cutané de plusieurs litres de sérum antitétanique et anesthésie générales à l'évipan.

Maladie de Kienbœck. — M. Cadenat présente un cas de maladie de Kienbœck.

Nettoyage et désinfection des plaies de guerre par la haute fréquence. — M. Heitz-Boyer. — Deux films montrent les avantages relatifs des courants coupants et coagulants. Il pense qu'il peut y avoir intérêt à se servir de la haute fréquence pour le nettoyage des plaies de guerre, car elle est commode, désinfectante et diminue le choc.

M. Lenormant. — Il n'y a pas de parallélisme entre le traitement d'un tissu anciennement infecté et celui d'une plaie de guerre. L'action antichoquante du bistouri électrique n'est pas démontrée ; celui-ci expose aux hémorragies secondaires par chûte d'un escarre. Il faut avant de le conseiller ou remplacer le bistouri ordinaire avoir la preuve de sa supériorité et celle-ci n'est pas encore donnée.

Importance de l'hystolyse dans les infections bactériennes des plaies de guerre. — M. Lebau présente une remarquable étude des phénomènes de cytolyse des tissus contus, montrant les différentes étapes de ce mécanisme, qui aboutit à fournir localement un milieu de culture idéal pour les germes et surtout pour les anaérobies, et à un état de choc de l'organisme. Cette cytolyse permet des infections massives dans les plaies de guerre. Ces constatations impliquent comme conséquence de faire une exérèse soigneuse des tissus morts, à laquelle peut s'adjoindre un traitement chimiothérapique local et général. L'étude de pH local peut donner des renseignements sur l'infection.

M. Bazy propose un ensemencement systématique des plaies de guerre pour faire une sérothérapie spécifique.

M. Lebau pense que la spécificité microbienne n'existe pas et qu'il y a de nombreux germes différents qui inoculent la plaie et pullulent.

Traitement des pieds de tranchée par des infiltrations de scurocaïne du sympathique lombaire. Influence sur les douleurs et les phénomènes ischémiques. — MM. P. Stricker et F. Bach. — M. Roux-Berger, rapporteur. — Les auteurs citent quelques observations de pieds vus relativement tardivement où l'infiltration lombaire et la novocaïne intraartérielle ont remarquablement amendé les douleurs. Il faut sans doute distinguer le premier stade, où il n'y a que spasme artériel et pas de sphacèle, et où l'infiltration peut sans doute arrêter ou améliorer l'évolution et la période de sphacèle constitué, où l'infiltration améliore les douleurs et peut peut-être circonscrire l'extension du sphacèle et hâter sa limitation.

M. de Fourmestraux, Jeanneney, Basset, Leveuf, Brocq prennent part à la discussion.

Présentation. — M. Sorrel présente deux malades opérés pour une tumeur blanche de la tibio-tarsienne par astragalectomie. L'un d'eux, opéré à l'âge de quatre ans, n'a pas été réformé, marche normalement et est mobilisé dans l'infanterie.

NÉCROLOGIE

Louis Dartigues

Président fondateur de l'UMFIA (Union Médicale latine)

Mon cher et fidèle ami Dartigues repose maintenant dans la tombe, près de deux êtres qu'il a tendrement et profondément aimés. Il est arrivé, selon l'admirable expression du livre de Job « au rendez-vous de tous les vivants ». Quel vide il laisse parmi nous, et comme on a peine à croire, quand on l'a bien connu et intimement fréquenté — ce qui, pour moi, représente près d'un demi-siècle — que cette force de la Nature, toujours agissante, toujours pensante, toujours parlante, soit entrée à tout jamais dans le silence et l'immobilité.

Il ne m'est matériellement pas possible de dire ici tout ce que cette disparition m'inspire d'émotion douloureuse, de regrets et de souvenirs. Mais avant de parler des qualités brillantes de Dartigues, je tiens à rappeler sa bonté, sa sereine indulgence, son oubli des mesquineries subies, sa générosité que beaucoup ont été à même de connaître, que certains ont exploitée. Chez lui, les qualités du cœur égalaient celles de l'esprit. Rencontre bien rare !

Une des choses qui m'ont dès l'abord attiré vers lui, c'était sa voix, si bien timbrée, si personnelle, si dominatrice. Il en savait toutes les ressources, et l'un de ses regrets, jadis, était de n'avoir pas fait du théâtre. Nous en avons souvent parlé tous deux. La grande image de Mounet Sully le hantait et il eût adoré suivre les traces de ce prodigieux modèle. Il savait des milliers de vers, il les disait admirablement, et sans aucun doute la scène lui eût réservé des triomphes.

Il a suivi une autre voie et il a connu quand même des triomphes, à commencer par le légitime orgueil de s'être créé par lui-même une situation professionnelle et scientifique de haut rang, d'avoir su conquérir une notoriété mondiale. Son éloquence y a été pour beaucoup, car cette voix dont je parlais tout à l'heure, il la mettait au service d'une pensée claire, précise, logique, aidée par une mémoire exceptionnelle et par un vaste savoir solidement appuyé sur de fortes études classiques.

Parler de la clarté, de la précision de son esprit, c'est rappeler que Dartigues était avant tout un latin, que la Latinité fut toujours l'idéal de sa vie, qu'il lui a consacrée. Et il a concrétisé cet amour dans l'inspiration féconde qui lui vint, d'associer les médecins du monde entier parlant les

langues latines. Car cette idée est de lui et de lui seul, je tiens à le proclamer ici hautement ; et il en a tout de suite conçu la réalisation et l'organisation dans ses grandes lignes. Comme son idée était belle, noble et séduisante, il a immédiatement trouvé des collaborateurs enthousiastes, et je m'honore de pouvoir dire : *Quorum pars fui.*

Je ne referai pas ici l'historique de l'UMFIA et de ses débuts en 1912, alors que notre cher F. Le Sourd mettait à notre disposition *La Gazette des Hôpitaux* et nous permettait d'aller jusqu'à Madrid, porter, par ma modeste voix, la bonne parole « umfiesque ».

Je crois d'ailleurs que j'admire encore plus Dartigues pour avoir ressuscité l'UMFIA après la guerre que pour l'avoir fondée avant. Et si je suis forcé de passer rapidement sur ces magnifiques réunions où se pressaient à côté des maîtres de la médecine les hautes personnalités de la politique et de la diplomatie, je tiens cependant à rappeler ce triomphal dîner de 1930 — retenez et méditez bien la date — donné en l'honneur de l'Italie et qui fut présidé par le comte Manzoni, alors ambassadeur de Rome en France. Le souvenir n'en est pas perdu ; il m'a suffi pour en être sûr d'entendre l'allocution si émue et si éloquente, que notre distingué confrère et ami Vaccaro, représentant officiellement S. E. M. Guariglia, l'actuel ambassadeur d'Italie, a prononcé devant le cercueil du président fondateur de l'UMFIA.

Et pour terminer, je dirai que nous tous qui avons connu, entouré, aidé, aimé Dartigues, nous ne saurions mieux faire pour honorer sa mémoire, que de continuer l'œuvre issue de sa pensée et de son amour pour la France et la Latinité. Oui, il le faut malgré les difficultés, les angoisses et les risques de l'heure présente. Et il faut le faire dans la ligne qu'avait conçue et tracée notre grand ami regretté : la main et le cœur ouverts à toutes les nations latines dans un désir ardent d'amicale fraternité, mais sous une impulsion et dans un esprit nettement et indiscutablement français.

Gaullieur L'Hardy.
Vice-président d'honneur de l'UMFIA.

— Nous avons le vif regret d'annoncer la mort à Paris du Dr Henri Buron, administrateur délégué de la Société générale d'imprimerie et d'édition, secrétaire général de la Chambre syndicale des maîtres-imprimeurs, chevalier de la Légion d'honneur, Croix de guerre.

Pendant de longues années, Henri Buron et son frère Paul ont été les imprimeurs de la *Gazette des Hôpitaux* et nos collaborateurs les plus amicalement dévoués.

Depuis six mois, malgré ses lourdes occupations, le Dr Henri Buron avait accepté d'apporter son concours au poste de secours de la D. P. à la Faculté de Médecine et au VIe Secteur sanitaire. Là, comme à la *Gazette*, il n'avait que des amis, aujourd'hui très attristés.

Nous prions Mme Henri Buron et ses enfants, ainsi que M. Paul Buron d'agréer l'expression de notre sympathie très profonde.

F. L. S.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Stages hospitaliers

Le Ministre de l'Education nationale
à MM. les Recteurs des Académies.

Il m'est rapporté que les étudiants en médecine mobilisés dans le Service de Santé demanderaient à faire valoir auprès de certaines Facultés, comme stage hospitaliers et travaux pratiques les services qu'ils rendent comme militaires dans les formations sanitaires de l'avant ou dans les hôpitaux militaires de l'arrière.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que si vous êtes saisis de demandes de cette nature, il convient de leur opposer une fin de non-recevoir. Aucune assimilation ne peut être établie entre les stages hospitaliers et les travaux pratiques prévus par le décret du 6 mars 1934 relatif aux études médicales, et les services que ces étudiants peuvent rendre en tant que mobilisés dans les formations sanitaires ou dans les hôpitaux militaires.

Il y a lieu, en outre, d'observer que les stages et travaux pratiques ne peuvent être effectués que par les étudiants qui sont en cours régulier de scolarité et qui sont par conséquent habilités à prendre les inscriptions afférentes à leur année d'études.

Or, les étudiants en médecine qui sont actuellement sous les drapeaux ne peuvent être autorisés à prendre des inscriptions que dans les conditions prévues par ma circulaire du 28 décembre 1939 et je vous rappelle qu'ils ne peuvent se présenter aux examens que s'ils produisent les notes exigées par les règlements pour la validation des stages et les notes obtenues pour les travaux pratiques réellement effectués par eux et conformément aux dispositions du décret précité du 6 mars 1934 (Paris, 16 février 1940).

L'avancement des médecins auxiliaires

Dans un récent numéro de la *Gazette* (n°17-18, p. 168), nous avons donné quelques renseignements sur l'avancement des médecins auxiliaires.

Dans son dernier numéro, notre excellent confrère, le *Concours Médical*, toujours bien informé, signale une nouvelle circulaire ministérielle, en date du 13 février 1940, qui modifie heureusement les conditions d'avancement des médecins auxiliaires.

Il ne faudra désormais, à titre exceptionnel qu'*un an de grade de sous-officier (E. O. R. compris) et six mois de présence aux armées ou deux ans d'ancienneté de grade de sous-officier (E. O. R. compris)*, pour les médecins sous-aides-majors ou auxiliaires, qu'*ils appartiennent aux armées ou aux formations de l'Intérieur*, s'ils réunissent par ailleurs les conditions techniques exigées. C'est ainsi que pourront être promus médecins sous-lieutenant les 1.000 médecins auxiliaires (sur 3.000) dont M. Ducos a annoncé au Sénat la prochaine nomination. (Voir *Gazette des Hôpitaux*, n° 17-18, p. 168, 2e colonne.)

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

Mardi 20 février. — Jury : MM. Lereboullet, Laignel-Lavastine, Chevassu, Velter. — M. Linglin. Méningite cérébro-spinale et dérivés organiques du soufre. — Mlle Désormeaux. Sur le problème de la régulation consciente des fonctions somatiques à propos d'un cas. — M. Warcollier. Rôle social du scoutisme par ses procédés psycho-physiologiques de l'éducation des jeunes. — M. Gautier. Sur une forme d'uréthrite gonococcique récidivante avec manifestations de gonococcémie. — M. Polliot. Essai sur l'horoptère.

Mercredi 21 février. — Jury : MM. Lemierre, Tanon, Mondor, Troisier, Chabrol. — M. Sicard. Solutions d'antitoxine tétanique. Leurs modes d'obtention. Leur intérêt dans la séro-prévention du tétanos. — M. Henry. Sur une tentative de colonisation en Guyane. — Mlle Haudrère. Du rôle de l'infection secondaire dans la tuberculose pulmonaire. — M. Plomion. De la formation des buées dans l'industrie et de leur élimination. — M. Chauvisé. Prophylaxie des maladies infectieuses à bord des aéroplanes. — M. Payer. Des causes multiples en pathologie. — Mme

Judet-Joanperrin. Contribution à l'étude des polyradiculonévrites aiguës chez l'enfant.

Jeudi 22 février. — Jury : MM. Mauclaire, Nobécourt, Jeannin, Gastinel, Lévy-Valensi. — M. Garnier. Contribution à l'étude de la céphalée chez l'enfant d'âge scolaire. — M. Charrian. Croissance et hyperthermie. — M. Conte. L'accouchement par les voies naturelles chez les femmes antérieurement césarisées. — M. Delcambre. De la fièvre en phatologie mentale.

Mardi 27 février. — Jury : MM. Jeannin, Gougerot, Lemaître, Laignel-Lavastine. — M. Saint-Prix. Adaptation à la clinique des acquisitions physiologiques concernant les inter-actions utéro-ovariennes. — M. Marhic. D'un cas de lèpre autochtone en Bretagne et de son traitement. — M. Hofmann. Traitement chirurgical conservateur des otorrhées chroniques. L'évidement sub-total. — M. Epstein. Considérations sur les traitements de la ménopause. — M. Collard. L'énergamétrie et son application à l'expertise des accidents du travail. — Mlle Martin. Les accidents puerpéro-cardiaques au cours des psychoses du post-portum.

Mercredi 28 février. — Jury : MM. Loeper, Lemierre, Chiray, Mauclaire. — M. Corrion. Quelques réflexions sur la chirurgie endo-nasale courante. — M. Francheteau. A propos de deux cas d'arthrite pneumococcique traités par la (para-amino-benzène-sulfamido) pyridine. — M. Magd. Les altérations vasculaires au cours des cirrhoses alcooliques.

Jeudi 29 février. — 1° Jury : MM. Cunéo, Tanon, Chevassu, Laubry. — M. Caillabet. Contribution à l'étude des tératomes rétro-péritonéaux. — M. Fricou. Rôle des dents dans l'évolution et le traitement des fractures des mâchoires. — M. Magnoux. Traitement de la furonculose par le stovarsolate de zinc. — M. Macaire. La vie médicale d'un bataillon d'infanterie pendant les quatre premiers mois de la guerre (septembre, octobre, novembre, décembre 1939). — M. Khi Mong Ang. Contribution à l'étude de l'ostéose cancéreuse diffuse à type ostéolytique. — M. Hérisset. Hémorragies intrapéritonéales d'origine ovarienne chez l'enfant pubère. — M. Braillon. Les embolies au cours de l'infarctus du myocarde.

2° Jury : MM. Nobécourt, Clerc, Villaret, Velter. — M. Carton. Les anévrysmes faux consécutifs aux ruptures de l'aorte thoracique. — M. de Kermec'hon de Kerautern. La pression veineuse et la circulation de retour dans les compressions médiastinales. Syndrome de Maurice Villaret. — M. Sikorav. La curabilité de l'ascite au cours des cirrhoses hépatiques. — M. Cormanschi. A propos d'un syndrome : « Uvéite récidivante à hypopion ».

Lundi 4 mars. — Jury : MM. Loeper, Mathieu, Lereboullet, Lemaire. — Mlle Vanhulle. L'intoxication digitaline massive sur le cœur sain. — M. Stalhand. Contribution à l'étude des perforations des cancers gastriques en péritoine libre.

Mardi 5 mars. — Jury : MM. Duval, Nobécourt, Gougerot, Laubry. — M. Chabert. — Les formes pseudo-vésiculaires de la syphilis hépatique tertiaire. — Mlle Jullich. Apoplexie séreuse chez l'enfant au cours du traitement arsenical. — M. Galopeau. Les diverses substances phlébosclérosantes. La solution iodo-iodurée sodique. — M. Nondedeu. Contribution à l'étude des thyroïdites rhumatismales.

Mercredi 6 mars. — 1° Jury : MM. Gosset, Léon Binet, Debré, Aubertin. — M. Bodin. L'hygroma suppuré de la bourse séreuse de Boyer. — Mme Danielou-Lassudrie. Les complications ano-rectales de la curiethérapie et de la radiothérapie utérines. — M. Journeault. Une épidémie récente de poliomyélite. — Mme Noblia. Traitement de la tachycardie paroxystique.

2° Jury : MM. Abrami, Leroux, Henri Bénard, Mondor. — M. Lafargue. Les asthmes graves et les asthmes mortels. — M. Lacrosaz. Etude des nævus mésenchymateux et de sa dégénérescence maligne. — Mlle Léotard. Contribution à l'étude du syndrome des « cardiaques noirs » d'Ayerza.

Jeudi 7 mars. — Jury : MM. Carnot, Tanon, Laignel-Lavastine, Hazard. — Mlle de Lanessan. Remarques sur l'injection intratrachéo-bronchique de lipiodol. — M. Caillods. La variolisation. — La lutte contre la variole avant Jenner. — Etude historique. — M. Baudeant. De quelques aspects de l'impuissance d'origine psychique. — M. Saglio. Les ecchymoses sous-cutanées des talétiques. — M. Grigny. La fièvre de Malte dans le département de la Somme.

THESES VETERINAIRES

Mercredi 28 février. — 1° Jury : MM. Brumpt, Marotel, Chelle. — M. Vaugien. Rôle des bains parasticides dans l'élevage des petits ruminants au Maroc.

2° Jury : MM. Lemierre, Chelle, Robin. — M. Giresse. Kératite épizootique des bovidés.

Mercredi 6 mars. — Jury : MM. Champy, Coquot, Robin. — M. Lahogue. Emploi de l'émasculateur. Observations cliniques.

NOTES POUR L'INTERNAT

COMPLICATIONS DES FIBROMES

ETUDE CLINIQUE

Les fibromyomes utérins, tumeurs pourtant histologiquement bénignes, sont remarquables par la fréquence de leurs complications.

1° Certaines réalisent *un tableau plus ou moins bruyant, parfois alarmant*, posant des indications thérapeutiques d'urgence.

2° Certaines restent *parfaitement latentes* et devront être soigneusement recherchées avant toute intervention.

LES COMPLICATIONS ALARMANTES

Souvent révélatrices d'un fibrome méconnu.

A. — **Certaines présentent un tableau net**, pouvant amener d'urgence la malade à l'hôpital.

Telles sont :

I. — Les Hémorragies.

1° Tantôt, il s'agit d'une *hémorragie grave par son abondance*,

— créant un état d'anémie aiguë,

— obligeant à la transfusion sanguine d'urgence.

2° Plus souvent l'*hémorragie moyenne est grave par sa répétition*,

— réalisant une anémie progressive.

Dans les deux cas, le diagnostic peut être délicat avec les accidents hémorragiques de la grossesse extra-utérine.

L'examen gynécologique soigneux tranchera révélant :

1° Tantôt *un utérus augmenté, dur*, soit uniformément régulier, soit bosselé, seule éventualité dans le traitement des fibromes où l'on pourra recourir au radium en dehors de toute infection.

2° Tantôt *un polype fibreux*, accouché dans le vagin, tumeur ronde, mobile, pédiculée dans le col

Fibrome éminemment hémorragique et qu'il faudra extirper par torsion.

II. — La torsion.

1° *Elle réclame un syndrome abdominal aigu :*

Tableau : début brutal par douleurs violentes, Etat de chock marqué, défense pariétale basse.

Le toucher vaginal combiné au palper perçoit une tumeur plus ou moins volumineuse, douloureuse, fixée.

Un diagnostic difficile se pose avec la torsion de kyste de l'ovaire qui présente des caractères voisins.

Mais l'indication opératoire est la même et l'intervention révèle un gros fibrome sous-séreux dont le pédicule est tordu, avec parfois torsion axiale de l'utérus associée.

2° *Ailleurs, la torsion se fait sur un mode subaigu.*

Le tableau est tout différent :

Syndrome abdominal atténué marqué par des crises douloureuses séparées par des intervalles de calme absolu.

Le toucher vaginal révèle un fibrome augmenté, douloureux, fixé.

Et l'intervention est rendue difficile du fait des adhérences.

B. — **Des complications infectieuses** peuvent également révéler un fibrome méconnu.

1° *Il peut s'agir du sphacèle d'un polype, aisément reconnu.*

Le tableau est bien spécial :

Une femme est vue pour :

— des douleurs pelviennes à type expulsif ;

— des pertes purulentes extrêmement fétides ;

— une température élevée avec état général atteint.

Le toucher vaginal et *l'examen au spéculum* montrent :

—une masse bourgeonnante comblant le fond du vagin et dont le pédicule remonte dans le col (ce qui permet d'éliminer un *cancer du col,* diagnostic auquel on aurait pu penser au premier abord).

On ne saurait trop insister sur la *gravité* d'une telle éventualité, la fréquence des complications infectieuses locales ou générales post-opératoires.

2° *Il peut s'agir de l'infection d'un fibrome, difficile à reconnaître.*

Le tableau est voisin du précédent.

Une malade est vue pour :

— des douleurs pelviennes,

— des pertes fétides,

— une élévation de la température.

Le toucher vaginal révèle :

— un col entr'ouvert,

— un corps peu mobile, douloureux, gros.

Un problème diagnostic capital se pose :

a) S'agit-il d'une *infection du fribrome ?* qui nécessite l'hystérectomie.

b) S'agit-il d'une *salpingite coexistant avec un fibrome?* qui implique l'abstention.

C'est l'examen minutieux qui permet la différenciation.

a) Trouve-t-on :

— un fibrome immobilisé par un empâtement périutérin comblant les culs-de-sac,

— une douleur plus périutérine qu'utérine.

Il faut penser à la *salpingite.*

Mettre en œuvre le traitement médical : glace, repos

Suivre l'évolution sous surveillance chirurgicale.

On assistera alors :

— à la diminution de l'empâtement,

— à la réapparition de la mobilité utérine et de la netteté des contours.

b) Trouve-t-on :

— une mobilité utérine relativement conservée,

— des culs-de-sac souples, non empâtés, indolents.

Il faut penser à la *suppuration du fibrome* et intervenir d'urgence pour éviter la *rupture de l'abcès utérin,* accident de haute gravité.

Mais il faut connaître les risques de l'hystérectomie :

— difficile (éviter la déchirure de l'utérus),

— et grave (drainage nécessaire).

Toutes ces complications à type de suppuration apparaissent au total comme redoutables et dans tous les cas contre-indiquent formellement le traitement par les agents physiques.

A côté de ces complications infectieuses, il existe :

D'autres complications évoluant sur un mode plus atténué, subaigu.

I. — Tel est le cas de la nécrobiose aseptique :

Elle donne lieu :

Symptômes fonctionnels : des crises pelviennes douloureuses accompagnées de suintements vaginaux.

Symptômes généraux particuliers d'intoxication plus que d'infection :

— fièvre à petites oscillations entre 38°5-35°,

— facies jaune et subictérique,

— oligurie avec albuminurie.

Signes physiques. L'examen montre :

— un abdomen légèrement ballonné,

— une tumeur grosse, exquisement douloureuse, nettement ramollie.

L'absence de signes d'infection,

L'absence de comblement des culs-de-sac,

La conservation de la mobilité utérine

Sont des arguments qui font éliminer le diagnostic de salpingite ou d'infection du fibrome

Et penser à la *nécrobiose aseptique.*

Mais souvent la différenciation reste très difficile.

Il est néanmoins indispensable d'intervenir.

Et la coupe de la pièce montre le classique aspect « hortensia ».

Opéré : le pronostic est relativement favorable.

Non opéré ; le pronostic est fatal.

(A suivre.) R. Joussemet et J. Joussemet-Lefèvri,

PRATIQUE MÉDICALE

L'influence de certaines substances antispasmodiques sur l'intestin de l'homme (1)

Par les Drs R. J. Jackman et J. A. Bargen (de Rochester)

Les auteurs ont étudié l'action de quelques antispasmodiques sur le tonus de l'intestin à l'aide d'un ballon plein d'eau introduit dans l'intestin et relié à un manomètre à eau. Le nitrite d'amyle, en particulier, est un agent dont l'action est le mieux marquée sur la dépression du tonus et la diminution de l'irritabilité du gros intestin. Mais il présente certains inconvénients : la tendance syncopale et la sensation de céphalée qu'il produit.

La morphine accroît le tonus du côlon et provoque des contractions localisées de l'intestin ; il serait préférable, après les opérations, d'utiliser les nitrites en cas de météorisme post-opératoire.

La phénylisopropylamine, administrée même à dose forte (30 milligrammes par voie endoveineuse) ne donne pas constamment une diminution du tonus et celle-ci est toujours minime.

Parmi tous ces médicaments, le syntropan, ester-3-diéthylamino-2,2-diméthyl-propylique de l'acide tropique, est un antispasmodique actif : il a l'activité de l'atropine sans en avoir les inconvénients.

---

(1) *Surgery Gynecology Obstetrics,* vol. 67, n° 1, juillet 1938, in *Presse Médicale,* Paris, n° 11, 8 février 1939.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris


SULFUREUX
POUILLET
LABASSÈRE
EAUX-BONNES
CAUTERETS
CHALLES-LES-EAUX
LUCHON
ENGHIEN
SULFUREUX POUILLET
POUDRE SULFUREUSE
EN BOISSONS
INHALATIONS
PULVÉRISATIONS
:-: BAINS :-:
POUR BOISSON
Le flacon.... 14,35
POUR BAINS :
Le flacon....... 6,50
COMPRIMÉS INHALANTS :
Le flacon... 14 90
MEDICATION SULFUREUSE A DOMICILE
LABORATOIRE : 62, Rue du Cardinal-Lemoine — PARIS-Ve

25

Nos 23-24. — 20-23 MARS 1940. 113e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la Faculté de Médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.

Etudiants : 30 francs par an.

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.

Tous les autres pays : 90 francs.

Publicité : M. A. Thiollier, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Faculté de Médecine de Paris. — *Vavances de Pâques 1940 (18 mars-30 mars).* — Les cours, travaux pratiques et examens reprendront le lundi 1er avril au matin.

Secrétariat. — Le secrétariat sera ouvert tous les jours, sauf les dimanches, mais seulement de midi à 15 heures.

Bibliothèque. — Pendant la période des vacances de Pâques, la bibliothèque sera ouverte de 14 à 16 heures, du lundi 18 au jeudi 21 mars 1940, et du mercredi 27 au samedi 30 mars 1940.

— *Travaux pratiques supplémentaires d'anatomie pathologique.* — Les séries de revision des travaux pratiques d'anatomie pathologique commenceront le lundi 8 avril 1940, à 14 h. 30, dans les salles de microscopie, escalier C, 4e étage.

Les inscriptions seront reçues, jusqu'au jeudi 4 avril 1940 inclus, au bureau du chef des travaux pratiques, tous les jours ouvrables (même pendant les vacances de Pâques), de 15 heures à 18 heures. Les listes de mise en série seront affichées le samedi 6 avril, à 15 heures.

Le droit d'inscription est de 50 francs. En outre, une somme de 50 francs devra être déposée, *au début de la première séance*, en garantie d'une boîte de préparations.

Facultés de Médecine. — Il ne sera pas attribué, pendant la guerre, de prix aux étudiants prenant part aux concours de fin d'année organisés par les Facultés.

Etudiants en pharmacie gérants d'officines ou internes des hôpitaux ou des asiles. — Les étudiants en pharmacie, titulaires de huit inscriptions validées, qui ont été nommés au concours internes des hôpitaux ou des asiles, ou qui, dans les conditions fixées par la loi du 9 février 1916, sont chargés de la gérance légale d'officines, peuvent demander à ce que mention de ces stages professionnels complémentaires soit inscrite à leur dossier scolaire, et que connaissance en soit donnée aux jurys du troisième examen définitif (2e partie), au même titre que les notes obtenues pendant leur scolarité.

Ils doivent, à cet effet, fournir toutes justifications de leur activité professionnelle et de leur assiduité scolaire au doyen de la Faculté ou au directeur de l'école.

Guerre. — *Officiers de réserve au titre indigène.* — Le *Journal Officiel* du 15 mars publie le statut des officiers de réserve au titre indigène. Ce statut est applicable aux docteurs en médecine issus de l'école d'Hanoï et non applicable aux titulaires du diplôme de fin d'études d'Hanoï, Dakar et Tananarive.

— *Troupes coloniales.* — Sont promus au grade de médecin général inspecteur : le médecin général Blan-

chard. Au grade de médecin général : le médecin colonel Bourgarel.

Marine. — Sont promus au grade de médecin en chef de 1re classe, M. Pierre (E. R. A.) ; au grade de médecin en chef de 2e classe, M. Paponnet (A. L. H.) ; au grade de médecin principal, M. Duval (A. L. M.) ; au grade de médecin de 1re classe, MM. Seince (F. F. Ch.) ; Bertrand du Chazaud (P. L.) ; Marty (J. L. E.).

Les hôpitaux de Londres pendant la guerre. — Les circonstances ont amené les autorités à prescrire la dispersion des hôpitaux de Londres. Le Bart's Hospital est à Cambridge ; le Guy's dans le Kent, Sainte-Marie à Berkhamstad School, Saint Thomas à Oxford, l'University College à Cardiff. Le Middlesex, précédemment évacué à Bristol, a été ramené à Londres.

Hôpital de la Plage, à Ostende. — Notre confrère et ami, René Beckers, de Bruxelles, a été nommé directeur de l'important hôpital de la Plage, à Ostende.

Nos amis de Cuba. — Le *Comité des médecins cubains, anciens élèves de la Faculté de Médecine de Paris*, vient d'élire comme président le professeur Dominguez, associé étranger de l'Académie de Médecine de Paris. Notre éminent confrère et ami reprend donc la tâche qu'il avait assumée en 1914. Il organise des manifestations pour recueillir des fonds destinés aux populations civiles de France éprouvées par la guerre.

Le Comité comprend nos amis le professeur Presno et le Dr Iglesias y Betancourt, ainsi que le fils de Dominguez.

Manifestation d'amitié franco-uruguayenne. — *La Société de Pédiatrie* vient de tenir, sous la présidence de M. Armand Delile, une séance spéciale en l'honneur des pédiatres de l'Uruguay. S. E. le Dr César G. Gutierrey, ministre de l'Uruguay à Paris, a remis à la Société un message d'amitié au nom de la Société de pédiatrie de Montevideo qui fête cette année son vingt-cinquième anniversaire.

Sur la proposition de M. Comby, la Société a nommé membre correspondant S. E. le Dr Gutierrey.

Vers l'évolution sociale du thermo-climatisme. — Au cours d'une récente conférence faite à la Faculté de Médecine de Paris sous la présidence du professeur Chiray, le Dr R. Molinéry (de Luchon), rappelant les enseignements de Gley, et les récentes initiatives du professeur Villaret, a résumé ses efforts pendant près de trente ans en faveur du thermo-climatisme social.

M. Molinéry, après avoir donné la définition du thermoclimatisme social : aller de l'individu à la société par la prophylaxie et par le traitement, montre comment, dès le XVe siècle, on peut noter les efforts réalisés pour en arriver à la conception contemporaine : la transposition sur le plan thérapeutique de l'organisation des colonies de vacances, des camps de vacances auprès des stations thermales et climatiques. La diathèse et le tempérament exigent que la prophylaxie prime la cure chez l'enfant. Si les centres de triage veulent bien fonctionner dans les départements d'accueil, dont le rôle est si important au cours des mois que nous vivons, plus de 30.000 enfants pourront être traités dans les stations françaises.

Au complexe tempérament, aboutissement du complexe humoral et hormonal doit correspondre le complexe thermal et climatique.

CHRONIQUE

Une nouvelle preuve de la « Kultur » allemande

S'il est, parmi les pédiatres, un nom universellement respecté, c'est bien celui de Henri Finkelstein. Qui ne connaît la prestigieuse carrière de l'ancien étudiant en géologie, du docteur en philosophie (1888), qui devait faire successivement de lui le chef de laboratoire de Heubner, le professeur adjoint de pédiatrie à l'Université de Berlin, le directeur de la maison des orphelins et de l'asile des enfants, le professeur qui, en 1918, succédait à Baginski, et, jusqu'à sa retraite (1933), présidait aux destinées du grand hôpital d'enfants de Berlin, le « Kaiser und Kaiserin Friedrich Krankenhaus » ? Qui ne sait que, depuis 1901, il a publié une série de travaux du plus haut intérêt, parmi lesquels il faut citer, avant tout, son *Traité des maladies des nourrissons au sein*, qui a eu quatre éditions (la dernière éditée en Hollande) et où il expose les idées qui, dès l'époque lointaine de ses débuts, lui ont permis de faire diminuer la mortalité sévissant sur les nourrissons, grâce à la mise en application de méthodes appropriées, dont la plus célèbre consiste dans l'emploi du lait qui porte justement son nom ? Qui n'a médité sur ses ingénieuses théories, dont celle sur l'*exsiccose intestinale*, qui a jeté une si vive lumière sur la pathogénie des syndromes de déshydratation aiguë chez le tout petit ? C'est cet homme, membre d'honneur de la plupart des Sociétés de pédiatrie, qui a été obligé de quitter son pays, où il comptait bien finir ses jours, pour se fixer à Santiago du Chili. *Les Archivos de Pediatria del Uruguay* (T. X, décembre 1939, n° 12, p. 701-704), auxquelles nous empruntons la plupart des éléments de cette notice, s'expriment ainsi à ce sujet : « Quelle douleur, sinon quelle indignation, de penser que des personnes de la valeur intellectuelle de ce maître des maîtres, n'aient pas été respectées dans leur pays, auquel elles ont acquis un indiscutable prestige, grâce à leurs travaux scientifiques » ! Aucun hommage plus éloquent ni plus justifié ne pouvait être rendu à cet infortuné savant qui, parce qu'il n'était pas aryen, a dû « fuir sa patrie et visiter de nombreux pays pour y chercher le repos et l'oubli ! » Aucune nouvelle qui puisse affliger davantage ses innombrables admirateurs ! Gageons que le sieur Ferdonnet (de Stuttgart), toujours à l'affût de ce qui peut contribuer à la gloire du parti nazi, « oubliera » de l'annoncer à ses « chers auditeurs français » ! L. Babonneix

Nécrologie

— Le Dr César (de Culoz).

— Le Dr Guyot (de Lyon).

— Le Professeur Gaetano Ronzoni, l'éminent phtisiologiste de Milan.

— Le Dr F. de Coquet, à Bordeaux.

— Le Dr Alexandre Macé (de Guingamp).

— Le médecin général Paul Delmas, commandeur de la Légion d'honneur.

SEXUALITÉ ET ÉDUCATION

I. — Education des garçons et des filles

Par le Professeur Pierre Nobécourt
Membre de l'Académie de Médecine

Les mots *sexualité* et *sexualisme* ont une signification complexe. Ils servent à désigner, d'une part, l'ensemble des attributs somatiques, physiques, physiologiques, psychiques qui caractérisent chaque sexe ; d'autre part, l'influence qu'exerce sur l'organisme, dans chaque sexe, pendant l'enfance, la puberté, la jeunesse le développement, puis la maturation des glandes sexuelles ; enfin, l'installation de la fonction génésique, qui est la conséquence de cette maturation.

La sexualité entraîne, pendant la période de croissance staturale, dans la constitution, la manière d'être, les aptitudes physiques, intellectuelles, morales, des modalités particulières suivant les âges et suivant les sexes. Elle imprègne tout l'individu. Son influence est capitale ; elle ne saurait être méconnue en matière d'éducation. Bien qu'elle soit évidente, les conséquences pratiques qu'elle a pour celle-ci sont depuis longtemps et encore actuellement l'objet de discussions. Cela tient sans doute à ce qu'on ne se contente pas de laisser parler les faits, mais qu'on veut les interpréter suivant des conceptions religieuses, philosophiques, politiques ou sociales.

Je vais étudier, dans ce mémoire, l'*éducation des garçons et des filles*, puis, dans un second mémoire, l'*éducation de la fonction génésique*, qu'on appelle souvent *éducation sexuelle*.

I. L'ÉDUCATION DES GARÇONS ET DES FILLES

Les caractères particuliers à chaque sexe existent déjà chez le *fœtus*. Peu appréciables chez celui-ci et pendant la *première année* de l'existence extra-utérine, ils s'accentuent graduellement pendant la *deuxième enfance* et le *début de la troisième*. Ils se précisent à partir de 9 ans chez les filles, de 12 ans chez les garçons, et surtout pendant la *période pubérale*, de 12 à 15 ans chez celles-là, de 14 ans 1/2 à 17 1/2 chez ceux-ci. Ils se perfectionnent pendant la *jeunesse* et s'épanouissent chez l'*adulte*.

Les différences liées à la sexualité existent dans tout le monde vivant, dans le règne végétal comme dans le règne animal. Elles sont dans l'ordre de la nature et se retrouvent, à chaque pas, en matière d'éducation.

A. — Objet de l'éducation

L'éducation a pour objet, écrit O. Gréard, « le perfectionnement dans l'ordre de la nature ». Elle ne doit donc pas chercher à faire disparaître les différences liées à la sexualité ; elle doit, au contraire, se proposer de les mettre en valeur.

Son but est de former des hommes et des femmes, aptes à remplir au mieux dans la société le rôle dévolu à chacun du fait de son sexe. Il n'est pas de former des hommes qui ressemblent à des femmes, ni des femmes qui ressemblent à des hommes, ni des êtres hybrides, hommes-femmes.

On rencontre des hommes à allures féminines, des femmes à allures masculines, des êtres mixtes, androgynoïdes ou hommes à formes de femmes, gynandroïdes ou femmes à formes d'hommes : ce sont des malades ou des anormaux, qui ne doivent pas servir de modèles.

Dans la société, l'homme et la femme ont chacun leur rôle ; ce rôle est déterminé par leur constitution et leurs aptitudes. La différence des rôles n'implique d'ailleurs ni supériorité ni infériorité d'un sexe par rapport à l'autre.

L'homme et la femme doivent cependant avoir un objectif commun : la fondation d'une famille et la procréation qui assure la perpétuité de la race. Le garçon et la fille doivent être élevés dans cette idée et apprendre à connaître les devoirs qui incomberont à chacun en tant que père ou mère de famille.

Les modalités du squelette et des muscles permettent au garçon d'acquérir la force physique, indispensable pour l'exercice des professions manuelles, toujours désirables quelle que soit la profession, car il sera soldat; soldat, il devra manier la bêche et la pioche, la mitrailleuse et le canon, porter le sac, faire de longues marches, combattre. Mais la force physique ne suffit pas; il faut que le garçon acquière la force morale, qui lui servira dans bien des circonstances, pour surmonter les difficultés qu'il rencontrera sur son chemin. Il doit enfin s'instruire et développer son intelligence, pour pouvoir exercer une profession conforme à ses aptitudes et à son rang dans la Société, et y acquérir une place plus ou moins éminente. Il ne doit pas oublier que, marié et père de famille, il lui incombera d'assumer les charges qu'entraîne l'entretien d'un foyer et l'élevage des enfants. Dans une société civilisée, comme la nôtre, ce rôle devrait être réservé à l'homme.

La constitution féminine ne prête pas à l'acquisition de la force physique et aux professions qui la nécessitent. Comme le garçon toutefois, la fille doit acquérir la force morale, car, comme lui, elle rencontrera des heures difficiles dans son existence, s'instruire et développer son intelligence. Mais son rôle, dans la famille, est différent de celui de l'homme; il ne lui incombe pas de procurer les ressources nécessaires à son entretien; le travail ménager ou la direction d'une maison, les maternités, l'élevage des enfants lui créent des occupations suffisamment absorbantes.

Le rôle de la mère de famille, quelle que soit sa condition sociale, n'en est pas moins éminent; son influence est très grande.

Les femmes « n'ont-elles pas des devoirs à remplir, écrit Fénelon (1), mais des devoirs qui sont le fondement de toute la vie humaine ? » Nul ne peut policer la famille « avec un soin plus exacte que les femmes ». Leurs occupations « ne sont guère moins importantes au public que celles des hommes, puisqu'elles ont une maison à régler, un mari à rendre heureux, des enfants à bien élever ».

« Leur rôle dans les progrès de la civilisation est, pour Alexis Carrel (2), plus élevé que celui des hommes. Il ne faut pas qu'elles l'abandonnent ».

Certes, ce rôle capital, dévolu à la femme par la Nature, ne peut être rempli par beaucoup d'entre elles dans l'état actuel de la Société. Le salaire de l'homme est souvent insuffisant pour faire vivre un ménage. Mais le danger de la *dénatalité* (3), qui résulte en grande partie de cet état de choses, commence à s'imposer à l'attention de tous. Les allocations familiales, les allocations pour le maintien de la femme au foyer en témoignent.

Une réforme plus profonde s'impose; il faudrait remplacer le salaire individuel par le salaire familial, le concept individualiste par le concept familial.

D'autre part, nombreuses sont les femmes qui, volontairement ou non, restent célibataires et qui doivent gagner leur existence.

Il est donc nécessaire que l'éducation ne néglige pas de diriger les filles vers l'exercice d'un métier ou d'une pro-

(1) Fénelon. *Education des filles.* Ernest Flammarion, Paris, p. 7.
(2) Alexis Carrel. *L'homme, cet inconnu.* Plon, Paris, 1937.
(3) P. Nobécourt. La dénatalité française. *Revue des questions de défense nationale*, 1[re] année. T. I. n° 2, juin 1939. — *Gazette des Hôpitaux*, 24 juin 1939. — *Revue médico-sociale et de protection de l'enfance.* VII, n° 4, juillet-août 1939.

fession. Mais il importe de discriminer les métiers et les professions qui doivent, du fait de la constitution et des aptitudes de chacun, être réservés soit aux hommes soit aux femmes, ou qui peuvent être exercés indifféremment par les uns ou par les autres. Il convient d'éviter la concurrence entre les sexes qui, presque toujours, est au détriment de la femme.

« La tendance générale de la civilisation vers l'indépendance économique et la responsabilité morale des femmes est évidente, écrit Havelock Ellis (1), mais cela ne prouve pas que ce qu'il y a de mieux pour elles ni pour la communauté soit qu'elles soient occupées aux mêmes métiers et professions que les hommes et sur le même niveau qu'eux. Non seulement ces métiers et professions se sont développés conformément aux aptitudes spéciales des hommes, mais le fait que le processus compliqué selon lequel la race est perpétuée exige une bien plus grande dépense de temps et de force de la part des femmes que de celle des hommes, empêche les femmes de se consacrer autant au travail qu'eux.

« Quelques biologistes pensent même qu'en dehors de la maison et de l'école les femmes ne devraient pas travailler du tout. « Toute nation qui fait travailler ses femmes est condamnée », dit Woods Hutchinson ».

Envisageant la question économique, Havelock Ellis cite l'opinion de J. A. Hobson : « La nécessité de négliger le foyer domestique est, tout bien considéré, le pire mal que l'industrie moderne inflige à notre vie; et il est difficile de voir en quoi il augmente la production matérielle. La vie industrielle pour les femmes, sauf dans des cas rares, sape la vie physique et la vie morale de la famille. Ses exigences sont incompatibles avec la position d'une bonne mère, d'une bonne épouse, d'une bonne ménagère. Aucune augmentation du salaire familial ne compense ces pertes dont la valeur est située à un niveau qualitatif supérieur. »

La méconnaissance de ces données conduit aux excès du *féminisme*. Celui-ci est justifié quand il reste une « doctrine qui a pour objet l'extension des droits civils et politiques à la femme (2), quand il se propose de procurer à la femme la place à laquelle elle a droit dans la famille et la société. Il ne l'est pas quand il veut ignorer les différences fondamentales qui la distinguent de l'homme et qui tiennent à la sexualité. « Les lois physiologiques, écrit Alexis Carrel, sont aussi inexorables que les lois du monde sidéral... Il ne faut pas donner aux jeunes filles la même formation intellectuelle, le même genre de vie, le même idéal qu'aux garçons ».

Certes, du point de vue intellectuel et moral, les femmes valent les hommes; toutefois les modalités de leur intelligence et de leur caractère ne sont pas identiques. Beaucoup de femmes se distinguent dans les lettres, les arts, les sciences, dans la direction d'un commerce ou d'une industrie; mais, en général, leur talent porte la marque de leur sexe. Il s'agit d'ailleurs d'individualités, dont il convient de favoriser l'essor; mais il ne faut pas en déduire une conception générale de l'éducation.

Il en est de même pour l'éducation des garçons. Peu d'entre eux possèdent les aptitudes nécessaires pour devenir des hommes éminents.

Comme la sexualité s'installe progressivement, il convient d'envisager ses conséquences pour l'éducation pendant les diverses étapes de l'enfance, la période pubérale, la jeunesse.

(1) Havelock Ellis. *Etudes de psychologie sexuelle. X. La déroute des maladies vénériennes. La moralité sexuelle*. Traduit par A. Van Gennep. *Mercure de France*, Paris, 1931.

(2) *Dictionnaire de l'Académie française*, 8e édition, 1932-1935. Hachette, Paris.

B. — L'éducation suivant les phases de l'évolution sexuelle

Pendant la petite, la moyenne et le début de la grande enfance, les différences entre les sexes, bien qu'appréciables, ne sont pas assez importantes pour entraîner des différences dans l'éducation.

Pendant la fin de la grande enfance, la puberté et la jeunesse, l'accroissement et la maturation des glandes sexuelles entraînent de grandes transformations dans l'organisme; la chronologie et les modalités des phénomènes sont particulières à chaque sexe.

Les filles sont *précoces*. La *poussée de croissance staturale* qui précède la puberté, s'effectue de 9 à 12 ans et se ralentit pendant la treizième année. Elle s'accompagne, à un moment donné, d'accroissement du poids, du périmètre thoracique, de modifications de la morphologie générale. La *puberté* débute à 12 ans ou dans la treizième année, a son éclosion à 13 ans ou dans la quatorzième année, s'achève à 15 ans ou dans la seizième année.

L'éclosion de la puberté se traduit par la *première menstruation*. Celle-ci est le résultat d'une activité particulière non seulement des ovaires, mais encore des glandes endocrines, de la préhypophyse notamment ; elle s'accompagne souvent de troubles divers, de troubles du système neuro-végétatif, en particulier.

Dans la suite, les menstruations reviennent suivant un rythme donné et les mêmes phénomènes se reproduisent. Pendant plusieurs mois ou plusieurs années, les *troubles de la menstruation*, irrégularité, aménorrhée transitoire, oligoménorrhée, ménorragie sont fréquents.

Les garçons sont *en retard* sur les filles; ce retard est de deux ou trois ans.

La *poussée de croissance staturale* commence à 12 ans et se termine à 16 ans ou dans la dix-septième année ; elle est moins rapide et plus longue que chez la fille.

La *puberté* débute dans la quinzième année; en moyenne à 14 ans et demi. Son éclosion s'effectue à 15 ans et demi; elle n'est pas marquée par un phénomène comparable à la menstruation et ne s'accompagne pas d'un retentissement aussi grand sur l'organisme, notamment sur le système neuro-végétatif. Elle s'achève dans la dix-huitième année.

A ces modifications de l'organisme s'ajoutent l'accroissement des *organes génitaux* et l'établissement de la *fonction génésique*.

Somme toute : La fille est déjà une jeune fille à un âge où le garçon est encore un enfant; elle est presque une adulte, alors qu'il est encore un jeune homme; sa croissance staturale est achevée, alors que celui-ci grandira encore pendant deux ou trois ans. A 18 ans, elle a acquis la maturité sexuelle et est nubile, c'est-à-dire apte au mariage, tandis que le garçon n'arrive à ce terme qu'à 20 ou 21 ans, et même 24 ou 25 ans.

La poussée d'accroissement et la puberté demandent, pour être menées à bien, un travail physiologique considérable. De ce fait, l'équilibre de l'organisme est particulièrement instable et facilement rompu; la puberté est un facteur de perturbations physiques, intellectuelles et morales.

Aussi, pendant cette période de leur existence, les enfants ont besoin de *ménagements*, les filles plus encore que les garçons, car, chez elles, les transformations sont plus rapides et plus importantes que chez eux. Cette période est une étape dangereuse.

L'enfant se fatigue facilement, fixe et soutient mal son attention; l'exercice physique et le travail intellectuel sont pénibles et peu productifs.

Le genre de vie mené dans les établissements scolaires,

l'existence dans le milieu urbain (1) ont souvent, surtout chez les prédisposés, une influence fâcheuse. Ils entraînent l'anorexie, des troubles digestifs et hépatiques, des troubles nerveux, des troubles du sommeil, des troubles de la menstruation. Il en résulte soit le *malmenage scolaire*, si l'enfant ne lutte pas, soit le *surmenage scolaire* (2) s'il est courageux et travailleur. Souvent l'interruption du travail s'impose; celle-ci est plus fréquente dans les classes de filles que dans les classes de garçons.

Pendant les périodes menstruelles des signes de déficience s'observent chez la moitié environ des élèves de l'enseignement secondaire, d'après Ly. Schreider (3). Sur 100 élèves, 70 à 80 présentent un fléchissement de l'intérêt pour leurs études et souvent de l'activité psychique, 67 à 87, une diminution de l'activité physique, 50 souffrent de douleurs lombaires et abdominales, ont des seins sensibles, des migraines, etc...

Havelock Ellis (4) cite plusieurs statistiques recueillies dans les écoles des Etats-Unis, qui établissent « la prévalence, lors des règles, de conditions qui, quoique n'étant pas nécessairement graves, prouvent cependant une diminution du pouvoir de résistance aux influences morbides et une diminution de la capacité de travail ».

Après l'éclosion et surtout l'achèvement de la puberté, puis pendant la jeunesse, les conditions changent. L'organisme tend peu à peu vers l'état d'équilibre, qui caractérise l'adulte, devient plus résistant. L'attention, l'effort sont plus faciles à soutenir, l'esprit mûrit et devient plus apte à recevoir des disciplines qui n'étaient pas de mise auparavant. Le travail intellectuel, l'exercice physique peuvent être augmentés.

Ces modalités nouvelles s'installent plus tôt chez les filles que chez les garçons; du point de vue psychique, comme du point de vue physique, elles sont en avance sur eux. Par contre, le développement psychique, de même que le développement physique se poursuit plus tard chez ceux-ci que chez celles-là. La maturité psychique, comme la maturité sexuelle, s'installe à 18 ans chez la fille, seulement dans la vingt-et-unième année et même plus tard chez le garçon.

L'évolution de la sexualité entraîne donc d'importantes modifications physiques et psychiques. Elle conditionne d'une part, les possibilités et les aptitudes *propres à chacune des étapes de l'enfance, à la puberté, à la jeunesse*, d'autre part, des possibilités et des aptitudes *particulières à chaque sexe*.

Ces données jouent un grand rôle en matière d'éducation physique, intellectuelle et morale.

Education physique

L'*éducation physique* est la partie de l'éducation qui s'occupe du développement du corps par l'*exercice*, c'est-à-dire par l'activité des muscles soumis à l'action de la volonté. Dans un sens très large, elle comprend l'exercice sous toutes ses modalités : *exercice usuel, jeu, gymnastique, sport, travail manuel* (5).

L'exercice n'est possible, facile et efficace que si l'organisme réalise un certain nombre de conditions. Ces conditions ne sont pas les mêmes sur divers âges, avant et après l'éclosion de la puberté.

Jusqu'à la puberté, les garçons et les filles ont des muscles et des os grêles; les exercices de force leur sont interdits. Ils ont un grand besoin de mouvement, parce que leurs fonctions respiratoires et circulatoires sont très actives. L'immobilité, tant soit peu prolongée leur est pénible et même nuisible. Leur résistance est faible. Il leur faut un exercice vif, de courte durée, varié.

Pendant l'évolution de la puberté, des ménagements sont nécessaires pour éviter des efforts disproportionnés avec les aptitudes qui, souvent, sont amoindries.

Pendant l'achèvement de la puberté et la jeunesse, les garçons et les filles se comportent différemment.

Chez le *garçon*, les muscles grossissent, la force musculaire s'accroît, les os deviennent plus solides, la vigueur se développe, la résistance augmente. Par contre, la souplesse des articulations et l'élasticité, qui sont un des caractères de l'enfance diminuent peu à peu.

Chez la *fille*, le volume et la force des muscles augmentent moins, les os restent plus minces et sont moins solides, la vigueur et la résistance sont faibles, le corps reste plus gracile. Ces particularités, d'après Manouvrier, sont bien un caractère sexuel, car elles se retrouvent chez les paysannes qui travaillent la terre, chez les femmes sauvages adonnées aux travaux les plus durs, et enfin chez les femelles des mammifères.

Par contre, l'élasticité du corps, la souplesse des articulations persistent.

Les possibilités et les buts de l'exercice sont donc différents pour chaque sexe.

Pour le *garçon*, est indiqué l'exercice qui entraîne l'augmentation du volume et de la force du muscle, tout en développant l'adresse, l'agilité, la souplesse, ainsi que l'exercice de fond, qui augmente la résistance à la fatigue.

Pour la *fille*, il ne faut pas rechercher l'accroissement du volume et de la force du muscle. D'après Havelock Ellis, « le développement musculaire diminue les qualités spécifiquement féminines ». Il faut surtout favoriser l'activité des muscles du rachis, pour prévenir la scoliose, qui est plus fréquente chez elle que chez le garçon, et celle des muscles de la partie inférieure du corps, nécessaire aux actes de la maternité. Il faut cultiver surtout l'agilité, la souplesse, la grâce du maintien et des mouvements. L'organisme des filles est délicat et leur résistance faible; le surmenage est facile et il peut entraîner chez elles des troubles graves.

L'exercice est indispensable à la fille comme au garçon. Mais, chez celle-là et chez celui-ci, les caractères particuliers de la constitution entraînent des aptitudes et des possibilités différentes. Les modalités de l'exercice ne peuvent et ne doivent donc pas être les mêmes dans les deux sexes.

Les modalités de l'exercice sont l'*exercice usuel*, le *jeu*, la *gymnastique*, le *sport*, le *travail manuel*.

L'exercice usuel est la *marche*.

La marche, à laquelle on a l'occasion de se livrer à maintes reprises dans le courant d'une journée, est excellente pour la fille comme pour le garçon, s'ils l'exécutent avec la vigueur nécessaire.

Le jeu qui combine la course, le saut, le lancer est un

---

(1) P. Nobécourt. L'influence de la grande ville sur la santé des enfants. *Gazette des Hôpitaux*, 12 mai 1937.

(2) P. Nobécourt. Réflexions d'un médecin sur les méthodes actuelles d'enseignement et le surmenage scolaire. *Bulletin trimestriel de l'Union nationale des membres de l'enseignement public*, janvier 1929. — Malmenage et surmenage scolaires. *Le Concours médical*, 24 mars 1929.

(3) Ly. Schreider. De l'influence de la menstruation sur le comportement des élèves des écoles secondaires. *Les Annales de l'enfance*, mars 1931, p. 937.

(4) Havelock Ellis. *L'éducation sexuelle*. Traduit par A. Van Gennep. *Mercure de France*, Paris 1927.

(5) Pierre Nobécourt. L'exercice chez les enfants et les jeunes gens. I. Ses possibilités et ses objectifs suivant l'âge et le sexe. Son abus et le surmenage physique. II. Ses modalités. Education physique. Exercice usuel. Jeu. Gymnastique. Sport. Travail manuel. *Gazette des Hôpitaux*, 18-21 et 25-28 octobre, 8-11 novembre 1939.

exercice dont personne ne conteste la valeur pour le *garçon.*

Pour la *fille*, il n'en a pas toujours été ainsi. Dans le courant du siècle dernier, « les jeux bruyants auxquels se livrent journellement les garçons... sont, écrit Herbert Spencer (1), interdits par crainte que des manières non distinguées soient prises. »

Mais, bien avant, Fénelon, Jean-Jacques Rousseau recommandaient le jeu pour les filles. Celui-ci écrit dans *Emile :* « les couvents où les pensionnaires ont une nourriture grossière, mais beaucoup d'ébats, de courses, de jeux en plein air et dans les jardins, sont à préférer à la maison maternelle, où une fille délicatement nourrie... n'a pas un moment de liberté pour jouer, sauter, courir, crier, se livrer à la pétulence naturelle de son âge. »

Aujourd'hui on ne craint plus les jeux actifs pour les filles. Certaines même s'y livrent avec excès.

Jusqu'à la puberté, les garçons et les filles peuvent se livrer aux mêmes jeux. Mais, pendant la poussée de croissance staturale, les filles, certaines tout au moins, ont besoin de ménagements, car leur résistance est faible. La menstruation entraîne souvent une diminution de leur activité physique : dans les collèges et lycées de filles, elle s'observe chez 67 à 87 % des élèves et fréquemment des troubles menstruels nécessitent le repos.

Pendant la jeunesse, les jeux qui demandent de la force et de la vigueur, conviennent aux garçons, mais ne sont guère de mise pour les filles. Pour elles, les jeux de raquette sont particulièrement recommandables, car, suivant la remarque de Lagrange, ils mettent en action « tous les muscles fléchisseurs et rotateurs du tronc, c'est-à-dire de la paroi antérieure, postérieure et latérale de l'abdomen. »

La GYMNASTIQUE est peu recommandable *avant l'achèvement de la puberté*, pour les filles comme pour les garçons. A cette période de l'existence, elle doit comporter seulement des exercices de développement et d'assouplissement, des exercices respiratoires, des mouvements usuels; ils ennuient les enfants et ne valent pas les jeux.

Pendant la jeunesse, la gymnastique ne peut être la même pour les deux sexes.

Le garçon, qui doit développer sa force et son agilité, peut, avec utilité, faire de la gymnastique aux agrès, dans la mesure où le permettent ses aptitudes et ses goûts.

Pour la fille, elle n'est pas à conseiller, car elle a pour effet principal le développement des muscles et surtout ceux des membres supérieurs.

Or, les filles ont surtout besoin de développer la partie inférieure du corps, pour faciliter l'accomplissement de la maternité. « Je n'aperçois pas nettement, écrit A. Coriveaud (2), le rapport qui existe entre la fonction sociale de la femme et les exercices des anneaux, du trapèze et des barres parallèles ». Pour Maurice Boigey (3), « concentrer le travail dans la région supérieure du corps serait une erreur du point de vue de la correction des formes féminines. »

A la fille conviennent les gymnastiques qui développent l'agilité, la souplesse, l'harmonie des mouvements : gymnastique rythmique (Jacques Dalcroze), gymnastique harmonique (Irène Popart), gymnastique d'assouplissement (Démeny), etc., ainsi que certaines danses convenablement choisies. D'après L.-H. Gullick, les danses populaires réalisent les meilleurs exercices pour les filles; elles nécessitent l'exercice des principaux muscles et fatiguent moins que les mouvements de gymnastique. Telles sont les danses imitatives, danses de semailles, danses de moissons, danses de poursuite, danses d'attaque et de défense.

Un inconvénient de certaines des gymnastiques et des danses modernes est, d'après Maurice Boigey, de demander une grande attention, de provoquer l'émotivité sensorielle et la fatigue nerveuse. Il faut donc les défendre aux filles qui se livrent à un travail cérébral fatiguant, aux nerveuses, aux émotives.

Le SPORT comprend divers exercices qui se rattachent à l'exercice usuel, au jeu, à la gymnastique. Son caractère particulier est qu'il comporte une *compétition*, une *lutte*. Par suite, il demande un effort ; s'il n'est pas bien réglé et surveillé, cet effort peut facilement dépasser la limite des possibilités physiologiques du sujet qui s'y adonne et entraîner le surmenage.

Pour ces motifs, le sport ne convient pas aux enfants, ni même aux jeunes gens avant l'achèvement de leur croissance staturale. A la jeunesse conviennent surtout les *jeux sportifs*.

Tous les sports auxquels peuvent s'adonner les garçons ne conviennent pas aux filles. La liste de ceux qu'on peut leur permettre est d'ailleurs longue : marche, course, aviron, natation, cyclisme, patinage, équitation, jeux de raquettes, certains jeux de ballon (basket-ball, volley-ball). Mais il faut interdire ceux dans lesquels interviennent la force et la violence. Comme le remarque Havelock Ellis, « tout choc peut être dangereux pour le corps féminin, attendu que la matrice est un organe très délicat, qui varie de poids suivant les moments; et c'est pour cela qu'il faut interdire le foot-ball aux jeunes filles et aux femmes. »

Pour les jeunes gens, garçons et filles, les *concours sportifs* et l'*athlétisme* ne sont pas recommandables. Ils sont particulièrement dangereux pour les filles; celles-ci, en tout cas, ne doivent pas entrer en compétition avec les garçons. Dans les compétitions avec ceux-ci, elles sont d'ailleurs inférieures. Havelock Ellis cite l'opinion de A. Ballantine, directrice du gymnaste de Vascar College, aux Etats-Unis : « Je ne crois pas que les femmes puissent, quel que soit leur entraînement, lutter à égalité avec les hommes. » D'après Maurice Boigey, les championnes « ne dépassent pas, au saut en longueur, avec élan, 4 m. 60. C'est un peu plus de la moitié de la distance franchie par un sauteur de classe... Elles mettent douze secondes pour franchir, en course de vitesse, la distance que les champions franchissent en 9 secondes. » Pour Engelmann (1), « l'athlétisme, c'est-à-dire l'excès d'exercice physique, tend à rendre l'organisme de la jeune fille semblable à celui du garçon; la femme qui s'adonne à l'athlétisme tend à se viriliser, ce qui se manifeste par une diminution d'intensité sexuelle, une difficulté à accoucher et, avec le temps, une moindre fécondité. »

Le TRAVAIL MANUEL comprend le *travail éducatif*, l'*apprentissage* d'un métier, le *travail professionnel.*

Le *travail éducatif*, dans l'enseignement primaire et l'enseignement secondaire, comporte le jardinage, la menuiserie, etc. Il peut être le même pour les enfants et les jeunes gens, pour les garçons et les filles, car il ne détermine pas de fatigue notable et encore moins le surmenage. Il convient cependant de faire un choix soit pour le garçon soit pour la fille. Pour celle-ci, le *travail ménager* est particulièrement utile.

L'*apprentissage* et le *travail professionnel* sont différents pour chaque sexe. Il faut faire un choix entre les

(1) Herbert SPENCER. *L'éducation intellectuelle, morale et physique.* Traduit de l'anglais par Marcel Guyoniot. Schleider frères, Paris 1898.

(2) A. CORIVEAUD. *Hygiène de la jeune fille.* J. B. Baillière et fils. Paris 1882.

(3) Maurice BOIGEY. *Education physique de l'enfance et de l'adolescence.* L'expansion scientifique française, Paris 1929. — *La cure d'exercice aux différents âges de la vie et pour les deux sexes.* Masson et Cie, Paris 1934.

(1) Cité par Havelock Ellis.

métiers et les professions qui conviennent soit aux hommes soit aux femmes. La législation du travail tient compte, dans une certaine mesure, de l'infériorité de cette dernière, du point de vue physique.

Education intellectuelle

La sexualité exerce une grande influence sur les fonctions psychiques.

D'une part, ces fonctions présentent un élan particulier et des transformations importantes, quand, à la puberté, les glandes sexuelles s'accroissent et se perfectionnent. Tout le monde connaît les particularités qui différencient, du point de vue psychique, les eunuques et les infantiles d'avec les sujets normaux.

D'autre part, certaines modalités de ces fonctions constituent des éléments de différenciation entre les sexes.

Il convient de ne pas négliger ces facteurs en matière d'éducation intellectuelle.

Jusqu'à la puberté, l'enfant est caractérisé par son *instabilité psychomotrice*. Il a besoin de mouvement; il supporte mal l'immobilité, qui le fatigue rapidement. Il fixe difficilement et soutient mal son attention; il passe d'un sujet à l'autre; il s'intéresse aux faits concrets et est inapte aux abstractions. Ses impressions et ses réactions sont vives et de courte durée.

Il ne faut donc pas lui imposer un travail intellectuel trop long. La durée des classes et des études doit être courte, leur nombre limité; les récréations, l'exercice en plein air doivent tenir une grande place dans les horaires. D'autre part, les disciplines enseignées ne doivent pas exiger trop d'attention; il faut choisir celles qui sont proportionnées avec leurs aptitudes intellectuelles.

Du point de vue psychique, les garçons et les filles ne présentent pas de différences bien appréciables; ils sont aptes à recevoir la même éducation intellectuelle.

Après l'éclosion de la puberté et pendant la jeunesse, le besoin de mouvement devient moins impérieux, l'instabilité psychomotrice fait place peu à peu à la stabilité, l'attention est plus soutenue, la résistance augmente et la fatigabilité diminue, les impressions sont plus profondes et plus durables, la persévérance et la force de direction sont plus grandes. L'esprit mûrit, devient apte à saisir les liaisons des phénomènes et les abstractions.

Ces conditions nouvelles autorisent l'introduction progressive de méthodes nouvelles d'éducation intellectuelle et de nouvelles disciplines. La durée des classes et des études peut être augmentée, tout en évitant l'abus.

Ces modifications se produisent dans les deux sexes, mais leurs modalités ne sont pas exactement de même ordre dans l'un et dans l'autre.

La différenciation des sexes, qui se précise à la puberté pose le problème de l'**opportunité d'une même éducation intellectuelle pour les garçons et les filles.**

Il ne s'agit pas de discuter si *l'intelligence des garçons est supérieure à celle des filles ou inversement*. Une telle discussion est oiseuse. L'intelligence est très inégalement répartie parmi les garçons comme parmi les filles; parmi celles-ci comme parmi ceux-là, il y a des intelligences supérieures, des intelligences inférieures et surtout des intelligences moyennes. Garçons et filles se valent et peuvent, à aptitudes égales, recevoir la même éducation intellectuelle.

Il convient toutefois de faire état de quelques particularités relevant de la sexualité.

Du point de vue intellectuel, comme du point de vue sexuel, *les filles sont plus précoces que les garçons*. Pendant la quatorzième et la quinzième années, les filles, qui achèvent leur puberté, ont, en général, une maturité plus grande que les garçons, chez qui la puberté n'a pas encore commencé ou débute ; elles sont plus attentives, plus persévérantes, plus tenaces; leur intelligence est plus éveillée et plus apte à s'intéresser à certaines disciplines ; souvent elles valent des garçons de 16, 17 et même 18 ans. Ainsi peut s'expliquer la proportion élevée des filles qui passent le baccalauréat avec succès.

Par contre, dans la suite, quand ils achèvent leur puberté, à partir de la dix-septième année, *les garçons regagnent le terrain perdu*, et même tendent à acquérir une certaine supériorité; celle-ci s'affirme de plus en plus avec l'âge. Le jeune homme, dont la maturité sexuelle est plus tardive que celle de la jeune fille, est pendant plus longtemps apte à augmenter ses acquisitions intellectuelles, à les faire fructifier, à poursuivre un travail original et créateur. On a fait remarquer que la pensée réfléchie, l'imagination créatrice sont plutôt l'apanage de l'homme que celui de la femme; peut-être ces qualités sont-elles le fruit de la maturité tardive.

Ces modalités différentes se précisent surtout à la fin de la jeunesse et au début de l'âge adulte, à la période de l'enseignement supérieur. Certes les filles sont aussi aptes que les garçons à poursuivre leurs études et peuvent y briller. Cependant l'analogie entre les sexes n'est pas complète, comme le constatent nombre d'observateurs. Pour ne prendre qu'un exemple, en médecine les femmes triomphent souvent dans les concours de l'internat, parfois même dans ceux du médicat des hôpitaux et de l'agrégation ; mais, dans la suite, il en est peu qui s'élèvent au-dessus de la moyenne de leurs collègues masculins, bien qu'elles se trouvent dans les mêmes conditions pour poursuivre leurs recherches. L'intelligence des femmes, a-t-on dit, peut tout pénétrer, mais la modalité de leur esprit fait qu'elles sont peu portées vers l'activité scientifique désintéressée.

Bien des auteurs ont poursuivi l'analyse des caractères différents de l'intelligence chez les garçons et les filles. Il est bien difficile d'arriver à des notions générales.

L'intelligence n'est pas une question de sexe, mais d'individu. Les filles sont aptes à recevoir la même éducation intellectuelle que les garçons. Ce qui distingue avant tout les aptitudes intellectuelles, c'est la chronologie différente des âges auxquelles elles s'installent, du fait des différences qui existent dans la chronologie des étapes de la sexualité : les filles sont d'abord favorisées par leur maturité précoce; puis les garçons le sont à leur tour par une maturité plus tardive; les fruits hâtifs ne valent pas toujours les fruits plus tardifs.

Un point important pour l'éducation intellectuelle est que, du fait de leur constitution physique et de leur physiologie, les filles sont *plus fragiles et moins résistantes que les garçons;* elles le sont surtout de la douzième à la quinzième année. A cet âge leur attention se fixe mal, leur travail scolaire est pénible et peu productif; c'est l'âge critique. Si on veut les faire travailler et si elles ont le désir de bien faire, leur santé s'altère, elles maigrissent perdent l'appétit, dorment mal, ont des troubles menstruels, tous symptomes caractérisant le *surmenage scolaire.* Parfois survient une tuberculose à marche rapide.

Il est souvent nécessaire d'interrompre la scolarité. Bien des éducateurs ont eu l'attention attirée sur ces faits et demandent d'interrompre les études des filles pendant l'année de leur première menstruation.

Dans un autre ordre d'idées, il convient de rappeler que l'éducation intellectuelle, comme l'éducation physique, doit être dirigée en *vue des rôles différents assignés à l'homme et à la femme dans la famille et la société.*

« Après tout, écrit Fénelon, la solidité de l'esprit consiste à vouloir s'instruire exactement de la manière dont se font les choses qui sont les fondements de la vie humaine. »

Éducation morale

L'éducation morale repose sur des principes et des lois qui sont les mêmes pour tous. La formation de la *conscience morale*, c'est-à-dire de « la conscience psychologique soumise à la distinction du bien et du mal », la connaissance de la *vertu*, qui est « l'habitude du bien » et du *vice*, qui est « l'habitude du mal » (1) sont indépendants de la sexualité. Garçons et filles doivent donc, sur ces sujets, recevoir une même éducation morale.

Mais la charge de l'éducation morale est beaucoup plus étendue. Elle a encore pour objet la *formation du caractère*, l'enseignement des *devoirs* envers soi-même et envers les autres, envers la famille, la société, la Patrie, la préparation aux responsabilités multiples de l'existence et notamment, écrit Félicien Challaye, « à cette responsabilité qui est la plus grave de toutes, la direction d'une famille... » Or, ces devoirs et ces responsabilités ne sont pas de même ordre pour l'homme et la femme.

L'éducation morale donc, pour une part, peut être commune aux garçons et aux filles, pour une part, doit être différente.

Enfin, l'établissement de la *fonction génésique* demande une éducation particulière pour chaque sexe. Je m'en occuperai ailleurs.

L'éducation morale ne doit pas être seulement l'objet d'un enseignement théorique *ex cathedra*. Elle se poursuit, *au cours de l'existence quotidienne* dans la famille, à l'école, dans les réunions amicales, par l'exemple des parents, des éducateurs et des éducatrices, des camarades, etc. Cette *influence du milieu* fait que le garçon se virilise au contact des garçons et des hommes, la fille se féminise à celui des filles et des femmes.

L'éducation morale doit tenir un grand compte des *modalités psychiques* propres à chaque sexe, aux étapes successives de l'évolution sexuelle. Les méthodes, de ce fait, ne doivent pas être les mêmes pour les garçons et les filles.

Les filles se différencient des garçons, surtout pendant la puberté et la jeunesse, par la prédominance du sentiment affectif et de la sensibilité. Elles sont plus impressionnables, plus émotives, plus sentimentales que ceux-ci; elles sont moins indifférentes, plus passionnées, plus sensibles à l'éloge et au blâme, plus suggestibles, plus indécises.

Il convient donc de les diriger avec le doigté que donne une connaissance avertie de leur caractère. La discipline ne doit pas être la même pour elles que pour les garçons; la contrainte a moins d'action sur elles que sur eux, tandis que l'appel au sentiment donne des résultats meilleurs.

Tel est, exposé dans ses grandes lignes, le *rôle de la sexualité dans l'éducation* physique, intellectuelle et morale. Ce sont évidemment des données générales, qui sont exactes pour l'ensemble des garçons et des filles, mais auxquelles il serait facile d'opposer des exceptions. Celles-ci tiennent aux *individualités* (2) qui s'éloignent plus ou moins du type moyen, lequel est conventionnel. La notion des individus est de première importance en matière d'éducation physique, intellectuelle et morale ; elle l'est également pour apprécier le rôle de la sexualité.

Les considérations qui viennent d'être exposées donnent la solution du problème de la *coéducation des garçons et des filles.*

(1) Félicien Challaye. *Philosophie scientifique et philosophie de morale.* Fernand Nathan, Paris, 7e édition, 1934.

(2) Pierre Nobécourt. Médecine et éducation. I. Le rôle du médecin dans l'élaboration des méthodes d'éducation. II. Le rôle du médecin vis-à-vis des enfants et des jeunes gens en tant qu'individualités. III. Le médecin vis-à-vis des malades, des infirmes, des anormaux psychiques. *Gazette des Hôpitaux*, 1er, 8 et 15 février 1939.

Coéducation des garçons et des filles

La coéducation, écrit Louise Thuliez (1) « est un système d'éducation dans lequel garçons et filles reçoivent le même enseignement des mêmes professeurs, dans les mêmes locaux et aux mêmes heures. »

Elle a été introduite, en 1865, dans les Etats-Unis d'Amérique, où elle est devenue à peu près générale, et depuis dans un certain nombre de pays.

En France, la *loi du 30 octobre* 1886 autorise des écoles mixtes de l'enseignement primaire dans les communes de moins de 500 habitants. Mais l'*instruction ministérielle du 18 janvier* 1887 précise que les garçons et les filles seront groupés, pendant les récréations, séparément dans une cour divisée par une claire-voie, que l'école sera confiée à une institutrice.

Ces précautions ont disparu peu à peu sous la pression des instituteurs qui, au *Congrès de Lille*, en août 1905, ont réclamé la coéducation dans des écoles mixtes, le classement des élèves, non d'après le sexe, mais suivant l'âge et le développement intellectuel, en récréation le mélange des garçons et des filles, un enseignement donné, suivant les circonstances, soit par un instituteur, soit par une institutrice.

Dans l'enseignement secondaire les *circulaires ministérielles*, qui se sont succédées depuis 1916, ont tour à tour autorisé : l'admission des garçons et des filles dans les classes enfantines et les classes préparatoires des établissements secondaires de garçons ou de filles; l'admission des filles dans les classes de philosophie et de mathématiques des lycées de garçons, puis dans les classes de première et enfin dans toutes les classes.

Pour résoudre équitablement le problème de la coéducation, il faut laisser de côté les conceptions religieuses, philosophiques, politiques, sociales et ne s'occuper que des enfants et des jeunes gens. Il faut observer les garçons et les filles et rechercher si leur constitution, leur physiologie (2), leur psychologie l'autorisent ou la contre-indiquent.

Envisageons : 1° les *inconvénients* et les *difficultés*; 2° les *avantages* de la coéducation.

Inconvénients et difficultés de la coéducation

Au premier rang des inconvénients et des difficultés de la coéducation, il faut placer les DIFFÉRENCES CHRONOLOGIQUES DANS L'ÉVOLUTION DE LA CROISSANCE STATURALE ET DE LA SEXUALITÉ.

Nous avons vu que cette évolution est plus précoce chez les filles que chez les garçons, que la maturité intellectuelle, liée à l'installation de la puberté, survenait plus tôt chez les premières que chez les seconds.

Il résulte de ce fait que, si jusqu'à la dixième année, la coéducation est possible, passé cet âge, elle devient difficile et, dans une certaine mesure, nuisible.

« Il est impossible, écrit Louise Thuliez, de faire travailler autant et de la même façon, des individus physiquement et mentalement différents. »

Une des difficultés de l'éducation est son adaptation à la *diversité des individualités*. « La tâche... devient impossible dans une classe mixte où il y a différence de possibilités plus encore que différence de fonctions... La classe mixte empêche l'adaptation de l'enseignement à la vie. »

(1) Mlle Louise Thuliez. La coéducation. *Fédération nationale des femmes.* Congrès de 1932.

(2) Nobécourt. Les motifs d'ordre physiologique qui s'opposent à la coéducation des garçons et des filles. *Fédération nationale des femmes.* Congrès de 1932.

Nous avons vu que l'éducation doit avoir pour objet de préparer les enfants et les jeunes gens aux fonctions qu'ils doivent exercer dans l'existence, et qui sont particulières à chaque sexe.

Or, la coéducation entraîne un NIVELLEMENT DES ESPRITS.

Certains se félicitent de ce nivellement. En réalité, il comporte plus d'inconvénients que d'avantages. On a remarqué qu'il se produit en faveur du sexe féminin; la fille féminise plus le garçon que le garçon ne virilise la fille. Est-ce le but que l'éducation doit chercher à atteindre? « La société, écrit Louise Thuliez, ne trouve pas son compte à l'amoindrissement des différences psychologiques; plus l'homme sera viril, plus la femme sera femme et plus la société humaine possédera d'éléments de succès pour atteindre son but. » Pour s'épanouir pleinement, la virilité et la féminité ont besoin, chacune, d'une éducation particulière.

La coéducation institue la CONCURRENCE entre les sexes. Celle-ci n'est pas sans inconvénients du point de vue moral et du point de vue social. « Ce qui, pour Edouard Pichon (1), constitue la contre-indication absolue à l'enseignement secondaire mixte, c'est le caractère des relations sociales qu'il crée entre garçons et filles. Que, pour un garçon, les autres garçons soient des concurrents c'est normal... Mais la fille, elle, doit représenter pour le garçon l'un des objets de cette concurrence et non un sujet avec lequel on rivalise... il ne faut pas qu'elle risque d'apparaître comme un rival qu'on ne rêve que d'abatire. » J'ai déjà signalé les graves conséquences pour la femme de la concurrence professionnelle avec l'homme.

Intervient également la question de MORALITÉ.

L'*instinct sexuel* apparaît de bonne heure, et se développe surtout à la puberté. Il est souvent très fort chez les garçons et aussi chez les filles.

Déjà, dans les *écoles maternelles*, qui reçoivent les garçons et les filles de 2 à 6 ans, on observe fréquemment une attirance particulière des garçons pour les filles et même de celles-ci pour ceux-là. Il y a, d'après Maria Dupont (2), des garçons *amateurs de filles*, des filles *amateurs de garçons*. On voit « parfois des garçonnets pleins de force et de vie, prendre des airs insolents, poursuivre des fillettes, dont ils sont la terreur et se livrer, quand ils le peuvent, à des attouchements ou à des actes qui semblent déceler en eux une précoce perversité, alors qu'ils ne font que répéter ce qu'ils ont vu faire... dans la famille. »

Léon Frappié (3) relate l'histoire suivante, racontée à sa mère par la petite Marie :

« Adam, il a Berthe Ozelle. C'te pauv' Berthe, sa mère la bat tellement, je comprends qu'elle soit la poule à Adam, — c'est comme un goût qu'elle a pour être bousculée. Alors lui, parbleu, il est tout le temps à crier après elle. « A qui que tu viens encore de parler. Je veux pas que tu parles à celui-ci, à celui-là. Et tu n'as pas besoin d'embrasser les mômes qui pleurent; tâche plutôt, en ayant l'air de les consoler, de farfouiller dans leur poche, car je n'ai plus de billes... Faudrait voir à s'occuper de moi au lieu de faire la madame avec les autres. »

Léon Frappié raconte encore l'histoire d'un garçon et d'une fille de 4 ans.

Nini propose à Toto de jouer avec des cailloux.

« La veste et la chemise de Toto bayant autour de son cou long et fluet, tout de suite, un caillou mal dirigé, s'égare dans son décolleté.

« Je vais te le retirer, dit Nini.

(1) Edouard PICHON. *Le développement psychique de l'enfant et de l'adolescent*. Masson et Cie, Paris 1936, p. 302.

(2) Mlle Maria DUPONT. *Les habitudes vicieuses chez les petits enfants*. Fernand Nathan. Paris, 1910.

(3) Léon FRAPPIÉ. *Les contes de la Maternelle*. Calmann-Lévy. Paris.

« Elle fourre sa main dans la veste, puis dans la chemise, jusqu'à la peau, et elle s'écrie :

« — Je le sens, je le tiens.

« Mais non, mais non, fait Toto, ce n'est pas un caillou.

« Nini retire sa main et ils s'immobilisèrent, face à face, dans une grande méditation de sphinx.

« A la récréation suivante, Nini s'empresse :

« — T'as pas encore un caillou?

« — Non, dit Toto simplement, mais en considérant Nini avec intérêt... Toi, t'en as jamais de caillou dans la chemise?

« — Je ne sais pas, imagine Nini, peut-être que j'en ai un; cherche-le moi.

« Toto entreprend une recherche complaisante, troublée cette fois par l'intervention de la justice (la directrice de l'Ecole). »

A partir de la puberté et pendant la jeunesse, l'attirance sexuelle se double de l'éveil de la fonction génésique.

Louise Thuliez cite l'opinion de Henning. Aux Etats-Unis, « dans les écoles primaires, à partir de 10 ou 11 ans, chaque fille a son garçon et chaque garcon a sa fille préférée... Il suffit d'écouter les conversations que garçons et filles de l'école secondaire tiennent dans les tramways pour s'assurer qu'il est question de tout autre chose que d'algèbre, de César, de Tite-Live. Des propos, au moins choquants, pour ne pas dire obscènes, sont tenus à haute voix ».

L'existence en commun éveille la curiosité, favorise les rendez-vous, les caresses, l'onanisme intersexuel, et même des rapports sexuels prématurés. Ce ne sont pas toujours les garçons qui déniaisent les filles.

Du point de vue de l'ÉDUCATION PHYSIQUE, enfin, la différence de constitution des garçons et des filles fait qu'elle ne doit pas être dirigée dans le même sens et employer les mêmes méthodes.

Avantages de la coéducation

Pour les partisans de la coéducation, le *nivellement* des caractères intellectuels et psychologiques que la coéducation entraîne est un avantage : garçons et filles ont tout à gagner, car les uns acquièrent des autres les qualités qui leur manquent ; la coéducation est la source d'un progrès pédagogique, intellectuel et moral. Je ne reviens pas sur les objections que soulève cette opinion.

Du point de vue de la morale, la coéducation, pour ceux qui la préconisent, apaise plus qu'elle ne trouble et n'excite l'instinct sexuel, le désir génésique ; se reconnaître est souvent la meilleure garantie contre les excitations malsaines. Mais les faits ne confirment pas cet optimisme.

SOMME TOUTE, la coéducation des garçons et des filles n'est pas recommandable.

La désapprouver ne signifie pas qu'il convienne d'interdire entre eux toute relation. Les relations s'établissent naturellement dans la famille, les réunions amicales, les jeux, les promenades. Dans ces circonstances, les garçons et les filles conservent leur individualité ; le garçon, toutefois, reçoit l'influence féminine sans qu'il y ait, à son détriment, le nivellement dont j'ai dit les inconvénients.

Debove l'a excellemment dit dans un toast spirituel, que relate Albert Mathieu (1).

« Moi, ce que je reproche surtout aux lycées, c'est que ça manque de femmes... Ma pensée, c'est que ça manque de mères de famille, ça manque de sœurs, ça manque de femmes qui doivent vous inculquer le respect de la femme ; ce qui manque, c'est la vie de famille, qui comporte le respect de la maman et de la sœur, par conséquent, de la maman et de la sœur des autres ».

(A *suivre*).

(1) Albert MATHIEU. La question de l'éducation sexuelle des jeunes garçons (leçon du 21 novembre 1896) in *Médecine et Pédagogie*. Leçons professées à l'Ecole des Hautes études sociales recueillies et annotées par Louis ROUGIER. Félix Alcan. Paris, 1910.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 26 FÉVRIER 1940

De l'influence de la vitamine C sur les phénomènes pathologiques humains dus aux grands froids. — MM. Auguste Sartory et Jacques Meyer ont soumis avec succès deux malades, présentant une hémoglobinurie paroxysmale, à un traitement *per os* de vitamine C à forte dose.

Les auteurs ont pensé que le traitement par l'acide ascorbique pouvait soulager les douleurs des hommes souffrant de pieds gelés. Ils ont pu constater l'effet calmant du jus de feuilles d'iris, obtenu suivant une technique qu'ils exposent. Ce jus doit contenir à côté de la vitamine C une autre vitamine qui semble être la vitamine P. Les expériences continuent.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

SÉANCE DU 12 MARS 1940

Notice nécrologique. — M. J. Jolly donne lecture d'une émouvante notice sur M. Félix Terrien, récemment décédé.

Beurre et acide borique. — MM. Martel et Fouassier exposent des faits qui montrent à quels troubles peut aboutir une tolérance prolongée et contraire à la loi. Ils en tirent les conclusions suivantes :

1° L'emploi des antiseptiques dans nos aliments ne doit pas être encouragé, surtout lorsque les tolérances, consenties le sont à l'insu du consommateur ;

2° L'introduction de l'acide borique et du borate de soude dans les beurres, par voie de tolérance ou tout autrement, reste indésirable ;

3° La tolérance consentie depuis 1916 pour le barattage des beurres est contraire à la loi du 1er août 1905 et au décret du 25 mars 1924 (modifié par le décret du 7 octobre 1927), elle consiste à ne pas déférer au Parquet ceux qui introduisent dans les beurres moins de 5 pour 1.000 d'acide borique ou d'un mélange de borate et d'acide borique ; elle devrait cesser dans le délai le plus rapproché ;

4° Aucune tolérance d'addition de substances chimiques étrangères au beurre ne devrait être consentie sans que le consommateur en soit averti d'une façon non équivoque par des indications obligatoirement apposées sur les paquetages ou étiquettes pendant la détention, la mise en vente ou la vente des produits ;

5° En attendant, la réglementation administrative, en date du 22 novembre 1938 — déjà deux fois ajournée — tendant d'interdire conformément à la jurisprudence les appellations particulièrement élogieuses de « beurre pur », « beurre extra-fin », « beurre fin », etc., données à des beurres additionnés de conservateur, devrait être irrémédiablement mise en vigueur à la date prévue du 1er avril 1940.

L'Académie adopte un vœu dans ce sens.

Le soufre et les artères. — M. Maurice Loeper. — Depuis fort longtemps, l'iode, sous toutes ses formes, iode métalloïde, iodopeptone ou iodure, est considéré comme un médicament presque spécifique des artères. C'est un vasodilatateur et un médicament trophique dont on ne peut nier les bienfaits, mais dont on doit aussi reconnaître les échecs. Il doit, pense M. Loeper, céder la place au soufre dont le rôle régulateur de la nutrition artérielle apparaît vraisemblable sinon discutable.

Le comportement du soufre à l'égard du tissu artériel est un peu analogue à celui qu'il affecte à l'égard du cartilage. Il en maintient l'élasticité et la contractilité ; il en prévient les dépôts calcaires et cholestériniques ; il en maintient en un mot l'équilibre chimique.

M. Loeper rappelle un certain nombre de ses recherches avec Mahoudeau et Tonnet, puis ses travaux avec Lemaire, J. Cottet et J. Vignalon à la suite desquels il a administré l'hyposulfite par voie veineuse à certains hypertendus. Quatre fois sur cinq, il a constaté l'abaissement progressif de la tension artérielle. Le résultat n'est pas immédiat, il est lent et parfois tardif. C'est que l'hyposulfite n'agit pas par lui-même, mais secondairement.

Les considérations exposées par l'auteur justifient à son sens l'utilisation du soufre dans la thérapeutique curatrice de l'hypertension et aussi dans la thérapeutique préventive de l'athérome. Elles permettent de le considérer au moins autant que l'iode et peut-être plus que lui comme un médicament spécifique de l'appareil circulatoire. Et parmi les médicaments soufrés, l'hyposulfite de soude, qui est si facilement introduit par la bouche et mieux encore par perfusion veineuse, apparaît actuellement comme l'un des meilleurs composés soufrés que nous puissions utiliser.

Le traitement d'extrême urgence des hémorragies suraiguës. — MM. Léon Binet et M. V. Strumza rapportent leurs expériences sur l'efficacité du *sang dilué* dans le traitement des hémorragies suraiguës. Ils ont opéré sur des chiens tous soumis à une hémorragie énorme jusqu'à l'arrêt spontané de l'écoulement de sang à travers une canule intra-fémorale, la saignée atteignant 6 à 7,8 % du poids de l'animal. A ce moment, la tension artérielle est effondrée voisine du zéro, la respiration est arrêtée, les sphincters relâchés. C'est dans ces conditions expérimentales que l'on a effectué diverses tentatives. Les résultats sont les suivants :

1° L'injection d'eau physiologique seule administrée en quantité égale à celle du sang perdu, amène un relèvement de la tension artérielle ; mais l'amélioration n'est que passagère et la mort survient cinq à six heures plus tard.

2° La préparation du sang dilué a été réalisée en mélangeant 1 partie de sang citraté frais et 3 parties de sérum physiologique. La quantité totale injectée correspond à la quantité de sang perdu. Elle amène la correction de l'hémorragie avec survie définitive. L'expérience montre que le sang citraté frais, injecté seul, sans sérum, en quantité égale à celle utilisée dans la précédente expérience, ne donne pas de tels résultats, la mort survenant trois heures plus tard.

3° Le sang conservé de chien dans les conditions expérimentales où les auteurs se sont placés, s'est toujours montré toxique au neuvième jour, injecté à l'état pur. Dilué dans du sérum physiologique, dans la proportion de 1 pour 3, il a permis la survie de l'animal.

Enfin, il est conseillé d'oxygéner le sérum physiologique utilisé et d'y ajouter 3 grammes de bicarbonate de soude par litre.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 6 MARS 1940

Appareil à extension par broche. — M. Massart présente un appareil d'extension ayant quelques avantages (M. Capette, rapporteur).

Plaie du cœur. — M. Mialaret (M. Oberlin, rapporteur) présente deux intéressantes observations de plaie du cœur, dont une avec plaie gastrique où la radio seule put montrer l'hémopéricarde.

A propos des pertes de sang dans les hémorragies. — M. Gosset. — Reprenant après M. Leriche l'étude des pertes de sang dans les interventions chirurgicales, M. Gosset, avec ses méthodes, a constaté une beaucoup moins

grande perte de sang chez ses opérés. Il pense qu'on doit diminuer l'hémorragie par une hémostase plus soigneuse, et particulièrement par l'hémostase avant la section des vaisseaux. L'hémorragie est un élément important de la maladie post-opératoire contre lequel on peut lutter.

M. de Martel a, dans l'ensemble, mêmes résultats que M. Gosset, mais, cependant, les hémorragies les plus importantes et difficiles à éviter sont les hémorragie par suintement des surfaces décollées.

Dans la chirurgie cérébrale, la quantité de sang perdue varie avec la position couchée ou debout.

M. Fredet. — Il importe d'éviter les pertes de sang, de faire une excellente hémostase, de lier avant de couper, de savoir se servir de la bande hémostatique.

M. Gosset. — Le secret de la chirurgie est de ramener un cas difficile à un cas simple.

M. Mondor. — L'hémostase facilite la lutte contre l'infection en évitant les hématomes infectés.

M. Toupet a horreur des malades qui ne saignent pas. Pour qu'on soit sûr de l'hémostase, en particulier dans les interventions gastriques, il faut voir saigner les vaisseaux.

Entorses médio-tarsiennes. — M. Sorrel. — Il faudrait adjoindre aux entorses et luxations le terme de foulures, qui rendrait compte de lésions spéciales qui demandent un traitement particulier.

Splénomégalie thrombophlébitique. — MM. Dubois Roquebert et Sigaut. — M. Bergeret, rapporteur. — Une splénectomie pour ce diagnostic a été suivie d'un beau succès opératoire. A signaler l'absence d'hémorragies gastriques.

M. Perret présente une attelle mobile.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 février 1940

Urticaire. — M. May rapporte l'observation d'une malade atteinte d'urticaire d'origine émotive. Une première crise très violente survint à l'occasion de la mort de son mari, et une seconde, moins forte quand un ami de son mari, ignorant sa mort, lui en demanda des nouvelles. L'auteur prononce le mot de sensibilisation à l'émotion.

Il signale aussi l'observation d'une malade qui faisait du sphacèle des doigts chaque fois que quelque chose lui rappelait la mort de son fils.

Radiographie du sternum après injections de substance opaque dans la moelle sternale. — M. Benda.

Oreillons. — M. Paraf rapporte l'observation d'un homme de 80 ans atteint d'oreillons typiques, sans aucune complication.

Méningite à pneumocoques guérie par les sulfamides. Troisième méningite en sept ans. — MM. Cl. Launay, J. Passa et P. Temime rapportent un cas de guérison de méningite à pneumocoques par le traitement sulfamidé : l'allure clinique de la maladie étant particulièrement sévère, agitation désordonnée, début suraigu, état semi-comateux, contracture tétaniforme en opisthotonos, liquide céphalo-rachidien d'emblée très purulent.

Dès le troisième jour, des injections intrarachidiennes du produit sulfamidé, le liquide était stérile. Les contractures et la rétention d'urine ne cédèrent que peu à peu, un mois plus tard environ. Cette méningite succédait à deux méningites méningococciques survenues l'une sept ans, l'autre deux ans auparavant ; le seul lien apparent entre ces divers accidents étant une rhinopharyngite chro-

nique avec écoulement nasal quotidien séreux ou purulent particulièrement abondant.

Transfusions rapides et massives de sang conservé dans les cas d'hémorragies graves. — MM. A. Tzanck, M. Sureau et L. de Montis. — L'expérience de la guerre d'Espagne a prouvé que les transfusions de sang conservé peuvent remplacer les transfusions de sang pur dans certaines conditions. Mais le sang conservé n'a été injecté jusqu'ici qu'à faibles doses.

Les auteurs rapportent les observations de 19 malades, chez lesquels les circonstances cliniques ont imposé des transfusions rapides et massives : jusqu'à deux litres de sang conservé, à un rythme accéléré (15 à 20 minutes par litre).

Ces observations prouvent que le sang conservé peut être transfusé avec la même rapidité et aux mêmes doses massives que le sang pur.

Certes les auteurs restent partisans de la transfusion lente : ils cherchent seulement à démontrer que les reproches adressés à la transfusion de sang conservé sont caduques.

Traitement des méningites purulentes par les injections intramusculaires de 693 associées aux injections intramusculaires de 1162. — MM. Jean Celice et Jacques Grenier ont pu guérir *six* cas de méningite cérébrospinale à méningocoques A et B, et un enfant atteint d'une méningite aiguë purulente sans otite. Les injections intrarachidiennes de 20 centimètres cubes d'une solution à 0,85 % de 1162 F sont renouvelées une fois par vingt-quatre heures jusqu'à obtention d'un liquide clair à formule de mononucléaires ; les méningocoques ne poussent plus sur les milieux de culture dès le deuxième jour ; le liquide est amicrobien le troisième jour. Les injections concomitantes d'une solution de Dagenan à 33 % sont faites à raison de 4 grammes les deux premiers jours, 3 grammes les jours suivants. Les comprimés de Dagenan sont substitués aux injections intramusculaires après disparition de la céphalée, de la tendance aux vomissements et de la diarrhée. Donc, en présence d'une méningite aiguë purulente, ce traitement doit être mis en œuvre : il stérilise les espaces sous-arachnoïdiens et agit très rapidement sur l'infection générale.

SÉANCE DU 1er MARS 1940

Le pronostic de l'encéphalite épidémique. — M. H. J. Ushvedt, après avoir fait remarquer que l'encéphalite épidémique est relativement peu fréquente en Norvège (200 cas déclarés de 1922 à 1934 sur 2 millions 1/2 d'habitants), apporte une statistique portant sur 107 cas de cette maladie soignés à l'hôpital Ulleval, à Oslo, par son père, le Dr Ingvar Ushvedt et par lui-même de 1919 à 1934.

La plupart de ces cas étaient des formes oculo-léthargiques assez sévères pour justifier l'hospitalisation.

Les deux savants ont été également frappés.

L'âge des malades a varié entre 1 et 72 ans, la moitié était âgée de 10 à 30 ans.

17 sujets, soit 16 %, ont succombé pendant la phase aiguë mitrale de l'encéphalite.

Sur les 90 survivants, 87 purent être suivis par la suite, la plupart pendant un laps de temps excédant de beaucoup cinq années.

Sur ces 87 sujets, 27 sont devenus absolument incapables de travailler et 11 parmi eux sont décédés après une évolution de sept ans en moyenne.

60 sujets, soit 58 %, sont, au contraire, demeurés par la suite capables de travailler. 30 d'entre eux ont néanmoins conservé des séquelles plus ou moins nulles d'encéphalite, tandis que les 30 autres en ont été indemnes.

En résumé, l'encéphalite épidémique s'est montrée en

Norvège assez peu fréquente avec une mortalité modérée pendant le stade aigu.

En ce qui concerne le pronostic social chez les survivants, la situation s'est montrée assez favorables, puisque, parmi eux, les 2/3 sont restés capables de travailler.

Le pronostic de l'encéphalite épidémiqe. — M. Lemierre.

Radio-dermite grave. — Mme Roudinesco. — Présentation d'une malade traitée intempestivement par la radiothérapie pour une sclérodermie en bande de la région frontale médiane. Radiodermite grave avec perte de substance osseuse et chûte définitive des cheveux.

Le traitement des accidents nerveux de l'alcoolisme chronique par le sulfate de strychnine à doses massives. — MM. Decourt, Sevadon, Chaillet.

LIVRES NOUVEAUX

Obésité et Maigreur, par J.-A. Huet et Guy Godlewski. *Régimes rationnels.* Préface du Prof. Maranon. Collection « Schémas ». Jean Flory, 140, boulevard Saint-Germain, Paris, 1939. Prix : 20 francs.

Les auteurs se sont efforcés de résoudre quantitativement et qualitativement le problème des régimes en fonction mathématique du degré de l'obésité et de la maigreur. Ils ont pour cela, groupé par tableaux des régimes hebdomadaires, détaillés repas par repas, dont la composition et l'abondance sont rigoureusement calculés d'après la taille et le poids du sujet.

Cet aboutissant pratique de l'ouvrage est précédé d'un exposé théorique, justifiant les principes de la méthode. Les auteurs s'attachent d'abord à établir le poids normal idéal en fonction de la taille et de l'âge : puis, ils formulent un coefficient morphologique basé sur le rapport du poids réel et du poids normal ; ainsi, ce coefficient, égal à 1 chez le sujet pondéralement équilibré, s'élève chez l'obèse, et s'abaisse chez le maigre. Les auteurs l'utilisent alors pour calculer la ration calorique quotidienne de leurs malades qui est, on le sait, normalement, de 60 calories par kilogramme. En divisant cette ration par le coefficient morphologique, on obtient un chiffre de calories élevé pour les maigres, abaissé pour les obèses, à base duquel ont été élaborés les régimes, ou tout au moins leur teneur quantitative, la qualité en hydrates de carbone, graisses, albumines, etc., ayant été envisagée spécialement pour chacun d'eux ; secondairement les auteurs envisagent les adjuvants diététiques et médicamenteux du régime, et ils terminent par une table d'équivalence alimentaire, permettant aux malades de substituer tel ou tel mets qui ne leur conviendrait pas dans les régimes proposés.

Annuaire du Praticien 1939. 3 vol. in-8°. Editions Clairville. En vente Librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole de Médecine, Paris (6e). Prix 3 volumes reliés : 90 francs.

L'*Annuaire du Praticien* a pour but de fournir des renseignements précis et suffisants sur différentes questions d'ordre scientifique, pratique et statistique, que le praticien a intérêt à connaître et qu'il ne peut se procurer qu'en consultant de nombreux traités.

Le docteur Clairville, se rendant compte des besoins des praticiens a réuni ces données dans trois élégants volumes auxquels ont collaboré de très éminents confrères de Paris et de province.

Le premier volume : *Partie Scientifique* aborde quelques problèmes essentiels de la médecine moderne et donne un aperçu du mouvement scientifique médical et social adapté aux besoins du praticien.

Le deuxième volume, *Partie Médicale*, résume les données essentielles de la pratique de tous les jours. C'est la première fois que l'on peut trouver tous ces renseignements réunis en un seul volume. On doit savoir gré aux auteurs d'éviter ainsi une perte de temps importante au lecteur.

Le troisième volume : *Partie Pharmaceutique* contient un dictionnaire des spécialités pharmaceutiques médicales, classées d'abord par ordre alphabétique, puis d'après leurs principes actifs et suivant les indications. Un index des laboratoires termine le volume.

La grande nouveauté de l'*Annuaire du Praticien* consiste donc dans un classement absolument pratique qui permet au lecteur de trouver sans peine, le renseignement dont il a besoin. Le détail ajoute encore à la valeur et à l'intérêt des excellents travaux qui forment le fonds de l'ouvrage.

L.

PRATIQUE MÉDICALE

Traitement de l'asthénie post-grippale

La convalescence de la grippe doit être minutieusement suivie, car cette maladie infectieuse laisse souvent après elle une grande dépression et de l'asthénie parfois très rebelles. Aussi, faut-il recommander à tous les grippés un repos relatif pendant quelques jours ; il est nécessaire qu'ils restent au lit au moins neuf ou dix heures par jour et qu'ils fassent des promenades de durée progressive sous le contrôle bien entendu des poussées de température : si celle-ci, en effet, après une promenade s'élève à 38° environ, il est plus sage de raccourcir la durée de la sortie. De plus, l'alimentation doit être rigoureusement surveillée et substantielle sans exagération.

On se trouvera bien d'ordonner de l'hypothérapie graduée, c'est-à-dire allant du tub frais à la douche froide : tout doit être subordonné à la réaction des sujets, car s'il y en a qui supportent tout, il en est d'autres qui restent mal à l'aise, grelottant après la plus petite ablution froide.

Au premier rang des agents médicamenteux, il faut mentionner la strychnine qui est le principe essentiel de tout traitement de l'asthénie neuro-vasculaire, car elle stimule la motricité et la réflectivité. La strychnine constitue le principe actif du tonique Roche, dont la formule a été minutieusement étudiée et préparée et qui, en l'état actuel de la question, réalise un toni-stimulant complet, immédiatement actif, orexique et eupeptique, admirablement supporté par les malades à la dose de 2 à 4 cuillerées à café par jour et plus. C'est donc la médication la plus utile de toutes les convalescences et de tous les cas d'anémie, d'asthénie, etc., car elle améliore la régénération cellulaire, elle réveille les fonctions défensives de l'organisme, elle redonne l'entrain, la bonne humeur et l'optimisme.

A côté de cette préparation, si l'anémie paraît dominer, on se trouvera bien de compléter son administration par une thérapeutique antianémique plus directe, le globinofer : 2 à 6 comprimés par jour permettent de donner à l'organisme anémique, par voie digestive, simultanément et en quantités équilibrées, la totalité des matériaux de l'hématopoïèse : tryptophane et histidine, globinates de fer, de cuivre et de manganèse, selon les travaux des professeurs Fontès et Thivolle. Le globinofer est toujours admirablement supporté par le tube digestif, même chez les enfants.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

N°s 25-26. — 27-30 MARS 1940. 113e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Santé Publique. — Le *Journal Officiel* du 19 mai publie, p. 2024 et 2025, un arrêté relatif à l'examen d'infirmière ou d'infirmier hospitalier de l'Etat.

Ministère des Colonies. — Par décret en date du 15 mars, M. le professeur Noël Fiessinger, de la Faculté de Médecine de Paris, a été chargé d'une mission sanitaire en Afrique occidentale française (*Journal Officiel*, 19 mars 1940).

La deuxième loi Mourier. — Pendant la dernière guerre, M. le Dr Louis Mourier avait fait voter une loi relative à la récupération des effectifs. Notre confrère vient de déposer un nouveau projet de loi assurant une utilisation rationnelle et équitable de tous les mobilisés et fixant l'affectation aux unités combattantes de tous les officiers, sous-officiers et soldats de l'active et de la première réserve.

Cette deuxième loi Mourier vient d'être discutée et adoptée par le Sénat.

Un enseignement pour les anesthésistes. — Sur la proposition de M. Fredet, son président, la Société française d'Anesthésie et d'Analgésie a émis le vœu qu'il soit organisé en France et dans les colonies un enseignement officiel de l'anesthésie. Le vœu répond à une nécessité urgente, il est indispensable, en effet, de doter les formations sanitaires de l'armée d'aides anesthésistes fortement instruits.

Un hôpital militaire de 4.000 lits a été inauguré la semaine dernière à Toulouse par M. Ducos, sous-secrétaire d'Etat de la Défense Nationale et de la Guerre. Cet établissement comprend 14 pavillons réunis par un chemin de fer électrique souterrain. Il occupe 25 hectares.

Cimetières militaires. — Le *Journal Officiel* du 24 février publie un décret concernant les lieux de sépulture à établir pour les soldats des armées françaises et alliées « morts pour la France » au cours d'opérations de guerre.

Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux. — Le prix Pujos, d'une valeur, pour 1941, de 2.000 francs, doit être décerné au meilleur mémoire sur un sujet de médecine ou de chirurgie.

Le sujet imposé par la Commission est le suivant : *Le traitement immédiat des plaies thoraciques. — Progrès réalisés depuis 1914-1918. — Les blessés du thorax gazés.*

Les mémoires, si possible dactylographiés, doivent être adressés « franco de port », à M. Chabé, secrétaire général de la Société, 15, rue Professeur-Demons, à Bordeaux. Peuvent concourir les étudiants ayant 16 inscriptions. Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître : chaque mémoire doit être désigné par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant le nom et l'adresse du concurrent. Si ces conditions ne sont pas remplies, les ouvrages seront exclus du concours. *Les mémoires devront être adressés avant le 1er avril 1941.*

Ligue Nationale Française contre le Péril Vénérien. — *Cours de Service social antivénérien pour les infirmières et les assistantes sociales et les personnes s'intéressant à la lutte contre les maladies vénériennes.* — 21e session, avril-mai 1940 (14 leçons), du 29 avril au 4 mai 1940, à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (14e). et à la Clinique Beaudelocque.

Le nombre des admissions devant être limité, les personnes désireuses de suivre ce cours sont priées de se faire inscrire à la Ligue Nationale Française contre le Péril Vénérien, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (14e), avant le 15 avril 1940. Droit d'inscription : 10 francs. N° compte chèque postal : 627.00.

Ecole de stage de Service social. — La Ligue Nationale contre le Péril Vénérien a créé une école de stage de Service social antivénérien pour l'instruction des infirmières assistantes d'hygiène social qui désirent se spécialiser dans la lutte contre les maladies vénériennes.

Un certificat est délivré aux élèves ayant accompli d'une manière satisfaisante un stage d'une durée minimum d'un mois.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr Sicard de Plauzoles, directeur général de la Ligue Nationale Française contre le Péril Vénérien, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (14e).

L'Association des médecins amis des vins de France vient de tenir son Assemblée générale. Cette réunion était présidée par le professeur Georges Portmann, sénateur de la Gironde. Le grand quartier général anglais s'était fait représenter par le médecin-colonel Walker, de l'armée britannique.

Cours international de malariologie. — Ce cours aura lieu à Rome du 15 juillet au 10 septembre 1940, sous la direction du professeur Giuseppe Bastianelli.

(Cours en français si 10 auditeurs le demandent, sinon des interprètes sont mis à leur disposition.)

Le cours sera suivi d'un séjour dans une station expérimentale et d'excursions obligatoires ,droits d'inscription : L. 400, dont 300 lires sont destinées au remboursement des frais des excursions obligatoires). Des excursions facultatives sont aussi prévues.

Renseignements et inscriptions avant le 20 juin à l'Istituo di Malariologia Ettore Marchiava, Policlinico Umberto I, Roma.

QUESTIONS MILITAIRES

La mise en congé de médecins mobilisés. — Le 12 mars, au cours de la discussion de la loi Mourier, au Sénat, M. Even a été amené à poser au sous-secrétaire d'Etat à la Guerre la question suivante :

« Des circulaires ministérielles ont récemment prescrit la mise en congé de 2.000 médecins mobilisés. Vous avez envisagé, je crois, la mise en congé d'un millier d'autres médecins.

« Vos instructions n'ont eu d'effet que dans la zone de l'intérieur, mais non dons la zone des armées. Il en résulte que des médecins plus âgés, plus particulièrement ceux qui ont fait la guerre de 1914 n'ont pas bénéficié dans la zone des armées de vos prescriptions.

« Ne serait-il pas possible d'envisager le bénéfice de vos prescriptions pour tout l'ensemble du Service de Santé, votre septième direction se réservant le soin de ventiler ces demandes ?

« Je vous demande alors, Monsieur le Ministre, de vouloir bien nous dire si vous êtes disposé à donner le bénéfice de vos prescriptions par priorité aux médecins qui ont déjà servi pendant la guerre de 1914 ».

M. Hippolyte Ducos, *sous-secrétaire d'Etat au ministère de la Défense Nationale et de la Guerre.* — Messieurs, une promotion va être faite de 1.000 médecins auxiliaires au grade de médecin sous-lieutenant. Ils remplaceront 1.000 médecins qui seront pris parmi les plus âgés qui se trouvent aujourd'hui aux armées, pour être renvoyés à l'intérieur. Par conséquent, M. Even aura satisfaction.

Nécrologie

— Le professeur Ingelrans, professeur de pathologie générale à la Faculté de Lille, décédé à Biarritz.

— Le vétérinaire lieutenant-colonel L.-A. Panisset, professeur à l'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort, décédé à Saumur.

— Le Dr Jean Delvaux, chef du Service d'urologie à l'hôpital Sainte-Elisabeth, à Bruxelles.

— Le Dr Boullard, père, de Vimoutiers (Orne).

— Le Dr Gaston Lasalle (à Bordeaux).

— Le Dr Ch. de Montalier (à Bordeaux).

— Le Dr Amédée Granger (de la Nouvelle-Orléans).

— Le Dr Mallet (à Bordeaux).

— Le Dr René Baras (de Guines, Pas-de-Calais).

— M. Emile Monal, directeur des laboratoires pharmaceutiques Monal.

— Mme le Dr Yvonne Didier-Hesse, à Paris.





TUBERCULOSE ET HÉRÉDITÉ

Par L. Babonneix
Membre de l'Académie de Médecine

La tuberculose est-elle le fait de l'hérédité ou de la contagion ? Question qu'on ne saurait résoudre à la légère, tant elle est lourde de conséquences ! Admettez-vous, avec Hippocrate, dont la théorie, acceptée par tous jusqu'à il y a environ soixante ans, a été récemment reprise par M. Auguste Lumière (1), la première de ces hypothèses, inutile d'isoler les tuberculeux, de les soumettre à des séquestrations qui font d'eux de véritables lépreux ; inutile d'engloutir, par ces temps de détresse, des milliards dans la construction de sanatoria. Penchez-vous vers la seconde, on ne prendra jamais assez de précautions pour éviter la contagion, et tous les sacrifices, d'ordre sentimental, social ou financier, sont justifiés puisque, grâce à eux, ont peut empêcher la maladie de frapper de nouvelles victimes.

En faveur de la contagion, que d'arguments ! Laissons de côté ceux qu'on trouve dans les classiques. Nous nous rappelons avoir lu dans la *Presse Médicale*, sous la signature d'un phtisiologue suisse estimé, l'observation d'une tuberculeuse quelque peu « embrasée » qui prit successivement trois jeunes époux, bien portants, sans le moindre antécédents clinique, héréditaire ou personnel, et qui, tous, succombèrent à une tuberculose aiguë. Nous avons entendu M. Ed. Rist rapporter à la *Société Médicale des Hôpitaux* le cas d'infirmières d'apparence saine, qui étaient affectées, dans un grand service de tuberculeux, à la réception des renseignements : exposées des heures entières à la projection de particules bacillifères, elles fournirent à la morbidité et à la mortalité tuberculeuse un appoint considérable, jusqu'au jour où on prit des mesures pour les mettre à l'abri. Tout médecin qui a quelque peu d'expérience a vu des cas de tuberculose conjugale qu'il est difficile d'expliquer autrement que par la contagion.

Bien hardi donc, celui qui oserait la nier et prendre la responsabilité de déclarer nulles et non avenues les mesures que l'on prend en son nom ! Et pourtant, dans une discussion scientifique, ne doit-on pas peser le pour et le contre ? Est-il sage de se prononcer avant d'avoir entendu la défense après l'accusation ? Qu'il nous soit donc permis d'exposer en toute objectivité les arguments réunis par M. Auguste Lumière qui, dans la propagation de la maladie, attribue le premier rôle à l'hérédité, le dernier, à la contagion.

FAITS RELATIFS A LA CONTAGION

1° *La contagion conjugale est exceptionnelle* et la plupart des cas qui lui ont été attribués s'expliquent par le fait des prédispositions personnelles. Le pourcentage de ceux qui deviennent tuberculeux en dehors du mariage n'est-il pas sensiblement le même que celui des époux ?

2° *Dans les sanatoria et dans les hôpitaux de tuberculeux, « on ne constate aucun cas de contagion ».* Sans doute, a-t-on cité des cas qui semblent infirmer cette assertion ? Mais on peut se demander si « les « sujets prétendus contaminés ne se trouvaient pas « simplement dans une phase évolutive d'un mal « inné qu'ils auraient présenté de la même manière « s'ils n'avaient pas fréquenté l'hôpital ».

3° *Il est très difficile de découvrir, chez l'adulte, des cas de contagion authentique.* Et pourquoi, si ce n'est parce qu'avant d'affirmer, dans un cas donné, la contagion, il faut se livrer à une enquête approfondie portant sur les antécédents héréditaires et personnels du malade ? Or, cette enquête, lorsqu'elle peut être faite dans de bonnes conditions, aboutit à la conclusion que, dans la majorité des cas, il s'agit de sujets appartenant à des familles de tuberculeux.

4° *A la suite de l'absorption de grosses doses de bacilles virulents, il ne se produit, d'habitude, aucune réaction.*

5° *Les inoculations locales accidentelles ne sont ordinairement la cause d'aucun phénomène attribuable à une généralisation tuberculeuse.*

Que penser de la primo-infection, de la surinfection et de la réinfection exogènes ?

Pour M. Lumière :

1° *La cuti-réaction tuberculinique positive est un phénomène anaphylactique*, créé par l'action des protéines du bacille, sans que la vitalité de ce bacille intervienne pour engendrer ces propriétés humorales réactionnelles, et qui correspond au refus, de la part du sujet anaphylactisé par les matières albuminoïdes bacillaires, d'accepter la protéine étrangère qui a, une première fois, même en proportion infime, imprégné son milieu intérieur.

2° *La primo-infection n'existe pas.* Il est en effet impossible de la réaliser chez l'animal : ou bien les conditions sont trop défavorables et le sujet reste complètement indemne, ou l'infection a lieu et elle progresse alors, sans rémission, jusqu'à l'issue fatale ; on constate alors, à l'autopsie, que ganglions et viscères sont pris.

Dans l'espèce humaine, la première « atteinte se traduit invariablement par le type de la bacillose dite infantile, progressive, mortelle, sans jamais évoluer suivant l'allure bénigne et curable ».

Si, d'autre part, on fait une enquête auprès des sujets atteints de pleurésie, d'érythème noueux, on observe qu'ils n'ont jamais été en relation avec des phtisiques.

Si, de même, on prête une attention suffisante aux antécédents de primo-infection, on découvre sans peine qu'ils appartiennent tous à des familles de tuberculeux.

3° *Réinfections et surinfections n'existent pas.* Quand on procède à une nouvelle inoculation chez un animal déjà infecté, deux éventualités : ou les bacilles sont en quantité modérée, et ils sont éliminés. Ou ils sont en grande quantité : il peut alors se produire une réinfection qui affecte toujours le même caractère ganglio-viscéral, progressif et fatal, sans jamais réaliser

(1) Auguste Lumière. — Quelques travaux complémentaires relatifs à la propagation de la tuberculose. Lyon, 1939, in-8°, 167 pages.

le type habituel de la tuberculose humaine retardée propre à l'adulte.

Chez l'homme, « la barrière, opposée par l'allergie, anaphylactique à la pénétration des germes dans l'organisme, rend la réinfection bien impossible chez l'homme, dans les conditions habituelles ».

Autre objection : si les réinfections et surinfections sont réelles, comment n'ont-elles jamais lieu en sanatorium, dans les conditions les plus favorables à leur réalisation ? Pourquoi n'ont-elles lieu que dans les familles tuberculeuses ?

La tuberculose humaine ne présente pas les caractères habituels des maladies contagieuses.

1° Si vraiment, dit M. Lumière, la tuberculose est contagieuse, le nombre des sujets contaminés devrait aller croissant : or, il reste constant.

2° La courbe de la mortalité tuberculeuse dans le tout premier âge montre, d'une part, que les décès par tuberculose dans les six premiers mois ne sont pas dus à la contagion, de l'autre, que les contaminations sont exceptionnelles après la première année.

3° Le fait que la mortalité dans les deux sexes est la même jusqu'à 25 ans, puisqu'elle frappe beaucoup plus les hommes que les femmes, ne s'explique guère par la théorie contagionniste.

4° La tuberculose pulmonaire débutant par le sommet et étant constamment précédée de pleurite, n'est nullement due à une infection exogène, mais doit être considérée comme une simple manifestation locale de l'infection générale de l'organisme par le bacille de Koch (Lerefais).

FAITS RELATIFS A L'HÉRÉDITÉ

Ils sont nombreux.

Depuis Hippocrate, on connaît les *familles de tuberculeux*, récemment étudiées par P. Delore, Coudert et Desrichard, comme par P. Ingelrans et A. Breton. Sur 476 tuberculeux, M. Lumière a noté, 347 fois, des antécédents héréditaires indiscutables.

On sait, d'autre part, *la facilité avec laquelle les membres de ces familles se tuberculisent*, quelles que soient les précautions prises pour les soustraire à la contagion.

A l'appui de cette thèse, l'auteur rassemble encore d'intéressants arguments :

1° Il existe des familles où, seul, un enfant devient tuberculeux. Comment expliquer le fait, puisque les parents sont en parfaite santé? Simplement par cette constatation, appuyée sur les aveux de l'intéressée, que *is pater est*, non *quem nuptiæ demonstrant*, mais un amant phtisique ;

2° Chez les membres d'une même famille, la tuberculose revêt les mêmes formes anatomiques et cliniques ;

3° Dans les familles où l'un des conjoints est tuberculeux, s'il y a plusieurs enfants, ce sont ceux qui ressemblent à l'ascendant bacillaire qui, à leur tour, sont atteints par le mal (Coerper et Braenning-Neumann) ;

4° L'*hérédité maternelle* est prouvée par le passage, de la mère au fœtus, du bacille de Koch sous sa forme habituelle ou sous une forme granulaire :

5° Hérédo-tuberculose et hérédo-syphilis offrent entre elles beaucoup de similitudes. Pourquoi accepter le rôle de l'hérédité dans celle-ci et le refuser dans celle-là ?

6° Le polymorphisme de la tuberculose commune de l'adulte ne peut guère s'expliquer que par une infection prénatale ;

7° Ajoutons enfin qu'il est impossible de reproduire expérimentalement cette forme de tuberculose, tandis qu'on peut la réaliser par inoculation de l'embryon.

Nous avons essayé de reproduire aussi impartialement que possible les arguments de M. Louis Lumière. Au lecteur de les soumettre à la méhtode cartésienne ! Pour nous, qui avons eu l'honneur d'être l'élève des professeurs Grancher, Hutinel et Letulle, pour ne parler que des morts, nous nous garderions bien de nier la contagion ; mais nous ne pouvons pas nous empêcher de penser qu'elle n'explique pas tout, et demande « à être remaniée grâce aux conceptions modernes » (*Nouveau Traité de pathologie interne*, article *Tuberculose*, t. III, p. 660). Nous connaissons déjà quelques-unes des causes qui la favorisent : déminéralisation (A. Robin et M. Binet), décalcification (E. Sergent), traumatismes, etc. Pourquoi, parmi elles, ne point réserver de place à l'hérédité ?

CONGRÈS

UNION INTERNATIONALE DE THÉRAPEUTIQUE

Paris, 18 mars 1940

Essayer de réunir un Congrès à Paris en pleine guerre et obtenir un succès éclatant, tel est le tour de force que l'*Union Internationale de Thérapeutique* vient d'accomplir. Le principal artisan de ce magnifique succès est le président de l'*Union*, le professeur Loeper. Il a pu, lundi dernier, mesurer combien est grand son prestige personnel à l'étranger, combien est fidèle l'amitié qu'il a su inspirer à nos confrères du dehors. Une fois de plus, il a bien travaillé pour la science française et pour la France.

La séance inaugurale a eu lieu le 18 mars, dans la salle du Conseil de la Faculté, dépouillée de ses précieux Gobelins, mis à l'abri ; elle a son aspect de guerre. M. le professeur Achard préside, représentant le ministre de la Santé Publique ; à ses côtés, le professeur Loeper, président de l'Union ; les professeurs Burgi (de Berne), A. Dustin (de Bruxelles), Rietti (de Ferrare), Marañon (de Madrid), de Bersaque (de Gand).

L'assistance très nombreuse comprend des médecins appartenant à 14 nations. Je renonce à les citer tous. Voici près de moi notre aimable confrère Vaccaro. Il représente officiellement S. E. l'ambassadeur d'Italie. Plus loin, un groupe important et émouvant de médecins militaires polonais, puis des confrères tchèques.

Je note au hasard des entrées, MM. les professeurs Sergent, Lereboullet, Clerc, Villaret, Aubertin. MM. Georges Brouardel, Lenoir, Fourneau, Perrot, Huber, Faroy, Turpin, Lemaire, le professeur Pittaluga (de Madrid), le professeur Dautrebande (de Liége).

Presque tous les rapporteurs sont là : MM. Gordonoff (de Berne), Hazard et Busquet (de Paris), Mouriquand et Liquier (de Lyon), Hernando (de Madrid), Aubertin et Cottenot (de Paris).

M. Loeper prend le premier la parole.

« L'heure grave, dit-il, ne doit pas nous faire oublier notre rôle de médecin. La thérapeutique, plus que jamais, doit rester à l'ordre du jour. C'est ce qu'ont bien compris les confrères venus des pays voisins et amis. Ils ont pu voir dès leur arrivée, que la France est un pays qui conserve sa sérénité dans l'épreuve, qui demeure laborieux et garde sa confiance inébranlable dans la justice immanente... »

M. Loeper transmet les regrets de M. le recteur Roussy, empêché, et ceux de M. le doyen Tiffeneau, malheureusement souffrant ; il salue chaleureusement les confrères de Pologne et de Tchécoslovaquie et envoie une pensée ardente à deux collègues finlandais « qui sont, avec leur pays, entrés dans l'épopée ». Enfin, il adresse un pieux souvenir à la mémoire de Zünz (de Bruxelles), et de Gabriel Leven, qui fut l'âme de l'Union.

M. Dustin apporte alors le salut vibrant de la Belgique, M. Jarvis parle au nom de la Grande-Bretagne ; M. Rietti, au nom de l'Italie ; M. Korowski, enfin, au nom de la Pologne martyre.

Après quelques mots du professeur Achard, l'Assemblée procède à l'élection de deux vice-présidents.

M. Hurst est élu en remplacement du regretté M. Poulton. M. Jean La Barre remplace M. Zünz. M. Lemaire est élu secrétaire général en remplacement de notre cher et regretté collègue Gabriel Leven. Enfin, M. Roland Leven est élu secrétaire général adjoint.

La séance de travail commence alors et on aborde la question à l'ordre du jour : *le Phosphore et les médicaments des globules blancs.*

Le soir, enfin, après une journée de travail particulièrement remplie, un dîner très simple réunit 150 convives. Nos hôtes purent se convaincre qu'on peut encore « dîner » à Paris avec le régime des deux plats.

Deux toasts seulement : M. Loeper remercia ses confrères, puis au nom des étrangers, M. Burgi (de Berne) porta le plus spirituel des toasts, mais aussi celui d'un homme qui appartient à une nation fière, qui est libre et entend le rester.

L'un et l'autre furent chaleureusement applaudis.

F. L. S.

RÉSUMÉ DES RAPPORTS

Les composés organiques du phosphore. — MM. Burgi et Gordonoff (de Berne) font le point de la thérapeutique à base de phosphore et de ses combinaisons.

Le phosphore est un élément qui se trouve normalement dans l'organisme humain et animal. Dans les tissus de presque tous les organes, pris séparément, on trouve en grande quantité des enzymes qui décomposent les substances à base de phosphore. L'organisme peut synthétiser les lécithines et les autres phosphatides. Mais, jusqu'ici, nous ne pouvons pas encore décrire les syndromes spécifiques dus aux carences phosphorées et nous ne pouvons pas davantage préciser les maladies justiciables d'un traitement à base de phosphore.

Le traitement à base de phosphore peut être indiqué dans les asthénies musculaires ou psychiques.

Les acides adényliques ont une action de vaso-dilatation surtout sur les vaisseaux du cœur. D'où l'indication de l'acide adénhylique dans l'angor pectoris. Le phosphore monobasique fortifie le cœur et renforce le traitement digitalique. Le phosphore a surtout une action adjuvante dans l'organisme et c'est après phosphorisation que divers corps deviennent curatifs. La vitamine B elle-même peut souvent être inefficace dans les névrites si le processus des phosphorisations ne peut s'accomplir. C'est la cortine qui dirige ce processus, mais elle n'est peut-être pas seule.

Sur l'absorption intestinale du phosphate de chaux. — par René Hazard et Charles Vaille. — L'expérimentation n'apporte pas encore une réponse décisive à cette question si controversée et à laquelle les médecins et les hommes de laboratoires donnent des réponses contradictoires.

La difficulté semble venir de la complexité des facteurs qui entrent en jeu pour régler le métabolisme du calcium et du phosphore, c'est-à-dire maintenir le taux normal de ces éléments et tout d'abord assurer leur absorption. Les principaux facteurs d'équilibre sont la nature et la proportion des éléments et des aliments avec lesquels ils sont absorbés, les influences humorales, hormonales, vitaminiques, la physiologie propre de l'intestin et enfin le rôle des fixateurs et des antifixateurs du calcium.

Il semble que, pour assurer l'assimilation la meilleure du calcium et du phosphore, il y aurait intérêt à prescrire les doses faibles d'un phosphate de calcium soluble, un régime alimentaire bien équilibré et en présence d'un fixateur de calcium.

Le traitement de l'agranulocytose par les nucléotides pentosiques, par L. Babonneix et H. Busquet. — I. — Le nucléotide pentosique, dérivé de l'acide nucléique, est constitué par la combinaison de l'acide phosphorique avec un nucléoside, résultant lui-même de l'association d'un sucre en C^5, le ribose, avec une base purique ou pyrimidique. Les nucléotides simples peuvent se réunir entre eux pour donner naissance à ces polynucléotides.

Toutes ces substances se présentent sous l'aspect de poudres amorphes solubles dans l'eau et insolubles dans l'alcool.

II. — Les nucléotides et nucléosides sont pratiquement dépourvus de toxicité. Leur action locale n'est pas irritante et permet l'administration parentérale. En dehors de leur action leucopoïétique, dont il sera question plus bas, ils produisent un effet cardiotonique net et durable, dû en partie à une vaso-dilatation coronaire, qui assure une meilleure nutrition du cœur.

III. — Les nucléotides, comme d'ailleurs les nucléosides, ne se trouvent pas en vrac dans le commerce et ne peuvent pas être ordonnés par prescription magistrale. Mais il existe plusieurs spécialités, dont certaines sont françaises, qui permettent d'utiliser en toute sécurité cette intéressante médication.

IV. — Les nucléotides sont *indiqués* dans les cas d'agranulocytose, *contre-indiqués* dans les affections, telles que la leucémie myéloïde, caractérisées, non par une diminution ou une disparition, mais bien par une augmentation des granulocytes.

V. — La *technique* de leur emploi a été fixée par Jackson et par ses collaborateurs. C'est uniquement en injections intraveineuses et intramusculaires qu'on les introduit dans l'organisme. Pour parer aux accidents, qui, parfois, sont produits par les premières et qui peuvent acquérir une certaine gravité, il est bon de prendre certaines précautions, dont la principale consiste en l'administration simultanée d'atropine.

VI. — Les *résultats* obtenus sont infiniment supérieurs à ceux que procuraient les autres méthodes. Ils seront meilleurs si on recourt aux nucléotides de bonne heure, si on les administre à doses suffisantes et suffisamment longtemps, si on leur associe les transfusions, si on lutte simultanément contre l'infection, quand celle-ci paraît à l'origine de la maladie.

VII. — Le *mode d'action* des nucléotides est aujourd'hui à peu près élucidé, grâce aux recherches de Doan et de ses collaborateurs. Ces principes exercent, sur la moelle osseuse, une action stimulante qui lui permet, normalement, de fabriquer des myéloblastes, qui se transforment en myé-

locytes, qui deviennent eux-mêmes des polynucléaires. Si, dans l'agranulocytose, ils réussissent mieux que tout autre produit, c'est parce qu'ils apportent à l'économie le facteur dont le manque aboutirait à l'*arrêt de maturation* des granulocytes. A une condition, toutefois : c'est que la moelle soit encore capable de réaction.

Remarques biocliniques sur les bases de la thérapeutique de certaines carences phosphorées, par G. Mouriquand et A. Leulier (de Lyon). — Les auteurs rappellent qu'une carence phosphorée relative (par rapport au Ca) est à la base du rachitisme expérimental.

Cette carence crée seulement une dystrophie phosphocalcique inapparente qui a besoin pour se traduire par des symptômes cliniques de rencontrer des facteurs de révélation (croissance, carence d'ultraviolet, etc.).

L'adjonction au régime rachitigène de carbonate de Str., de Mg. de fer, etc., augmente fortement les troubles de décalcification en entraînant des précipitations intestinales phosphocalciques insolubles, peu ou pas aborbées.

L'hypophosphatémie ne s'observe que dans les formes graves du rachitisme expérimental relevant de la carence relative en P.

Le phosphore viscéral même dans ces formes garde son équilibre.

Le trouble phosphocalcique entraîne l'hypertrophie splénique.

La vitamine D n'entraîne qu'une pseudo-guérison radiologique, l'analyse chimique de l'os montrant la persistance du trouble phosphocalcique.

Dans le rachitisme humain, le rôle de la carence phosphorée relative apparaît moins nettement. Théoriquement si l'on en croit leur analyse chimique — le lait de vache devrait être plus rachitigène (rapport 1,3 que le lait humain (rapport 2,2). C'est le contraire qui s'observe en clinique. L'alcalinité du milieu intestinal de l'enfant au lait de vache permet la précipitation de sél phophocalcique insoluble comme chez le carencé en carence relative en phosphore.

Dans d'autres cas, la carence phosphorée paraît endogène et semble liée à un véritable « refus » osseux, liée à une inflammation (passagère) ou une dystrophie irreversible.

La thérapeutique tiendra compte de ces faits biocliniques qui orientent son action.

Les agranulocytoses médicamenteuses. — M. Rietti (Ferrara), rapporteur, observe que les limites de l'agranulocytose tracées par Schultz ont été élargies par Aubertin, qui a souligné l'importance des agranulocytoses associées (myéloses aplastiques mixtes), où la carence du système granulocytaire est associée aux autres grands syndromes de la pathologie sanguine (anémie, thrombopénie, purpura). Les agranulocytoses médicamenteuses sont de beaucoup les plus fréquentes des agranulocytoses toxiques et peut-être même de toutes les agranulocytoses.

La liste des médicaments qui peuvent les déterminer comprend en premier lieu le pyramidon, le dinitrophénol, les arsénobenzènes, les arsenicaux pentavalents, le bismuth, le sulfanilamide et ses dérivés, les sels d'or.

Moins souvent, l'agranulocytose a été démontrée ou suspectée en relation avec l'antipyrine, l'acétanilide, la phénacétine, l'atophan, la quinine, la marétine, le sédormid, l'antimoine, le mercure, l'argent. Parfois, deux ou trois de ces médicaments ont été administrés à la fois : la question se pose alors, lequel a déclenché l'agranulocytose. Souvent, ces médicaments ont été administrés dans des cas de maladies infectieuses : il y a alors lieu de se demander s'il ne s'agit pas d'un phénomène complexe, où l'infection et le remède ont une action combinée.

L'agranulocytose médicamenteuse est un cas particulier d'un fait biologique général : c'est-à-dire de la variabilité dans la réponse aux médicaments, telle qu'on l'observe en pharmacologie expérimentale, et dont l'expression graphique est une courbe sigmoïdale, analogue à la courbe des erreurs de Quetelet. S'il est permis de transporter dans le champ clinique l'expérience du pharmacologiste travaillant dans des conditions rigoureusement contrôlées sur un grand nombre d'animaux, il faut donc s'attendre, même chez l'homme, à des réactions défavorables, indépendamment de l'idiosyncrasie et d'autres circonstances (Nelson).

Dans certaines agranulocytoses médicamenteuses (par exemple par dinitrophénol, sulfanilamide), les doses fortes et l'usage prolongé sont probablement les facteurs les plus importants. Dans d'autres agranulocytoses (par exemple par pyramidon), il ne s'agirait pas d'intoxication, mais de réaction allergique chez des sujets « prédisposés ». Dans les agranulocytoses arsénobenzéniques, les malades avaient souvent présenté des signes d'intolérance, non lors de l'injection déchaînante, mais plutôt au cours des précédentes injections.

L'agranulocytose par pyramidon a pu être reproduite (quelquefois, non sans danger) chez des sujets ayant surmonté la maladie, par l'administration de doses même très restreintes de ce médicament. Il y a des cas d'intolérance au pyramidon (exanthèmes, nausée) sans agranulocytose : la sensibilité est donc souvent localisée à la moelle osseuse. Il ne paraît pas que les sujets sensibles au pyramidon soient aussi sensibles à d'autres médicaments. La sensibilité au pyramidon n'est pas transmissible. Les tests dermiques et intradermiques au moyen des solutions de pyramidon ont donné des résultats incertains.

Les tentatives de reproduction de l'agranulocytose par pyramidon chez les animaux ont rarement abouti à quelque résultat. Pourtant, si le pyramidon est administré à des chiens soumis à la diète produisant la langue noire (black-tongue), une stomatite aiguë et une anémie se manifestent plus rapidement qu'il n'est d'habitude dans cette preuve de carence.

Enfin, pour les sels d'or et pour le bismuth, l'action des particules des métaux lourds a été accusée ; une action toxique ou un blocus anaphylactique au niveau de la moelle osseuse paraissant cependant plus probables.

La distribution géographique de l'agranulocytose médicamenteuse est difficile à expliquer. Ces formes seraient plus fréquentes dans les régions à climat froid et humide.

Le mécanisme de l'agranulocytose médicamenteuse peut s'expliquer :

1° Par la destruction des leucocytes dans le sang circulant périphérique ;

2° Par un déplacement vers les différentes parties du courant sanguin et vers les viscères (troubles de répartition) ;

3° Par un blocus des granulocytes mûres dans la moelle osseuse ;

4° Par une sidération des souches médullaires avec arrêt de la maturation des éléments myéloïdes.

La théorie médullaire est généralement acceptée ; les deux faits énoncés aux numéros 3 et 4 sont également possibles. Dans certains cas, l'agent toxique paralyse les cellules blanches de la moelle et stimule les cellules rouges (action dissociée : Rietti). Des facteurs vaso-moteurs et nerveux (centres hypothalamiques ?) peuvent intervenir (Lichtwitz). La carence d'un facteur chémotactique est peut-être importante. Enfin, il faut souligner l'importance considérable des facteurs héréditaires et constitutionnels (« sol hématique » de P. Emile-Weil).

Le pronostic de l'agranulocytose médicamenteuse est sérieux : il est souvent fort difficile à l'apprécier, même à l'aide des myélogrammes.

La thérapeutique dispose de plusieurs moyens bien connus, dont l'efficacité est d'ailleurs d'évaluation difficile, car, en général, plusieurs traitements sont pratiqués ensemble chez le même malade. Les extraits hépatiques, le nucléotide pentosique, les émulsions leucocytaires, peut-être le nicotamide, paraissent avoir une action supérieure à celle des transfusions de sang normal ou leucémique, ou de sang de sujets traités par des substances pyrétogènes.

La prophylaxie des agranulocytoses médicamenteuses se base surtout sur la surveillance étroite des malades soumis à la chimiothérapie et sur l'indication correcte de celle-ci (éviter les « agressions médicamenteuses » inutiles). Les cas d'agranulocytose médicamenteuse restant très rares par rapport à l'extrême diffusion des médicaments responsables ; ils incitent à être prudent, mais ils ne sauraient justifier l'abandon ou la limitation de certains médicaments précieux, dont les centaines de milliers de malades ont tous les bienfaits et aucun inconvénient.

Les leucopoïétiques. — Ce rapport présenté à l'Union thérapeutique par le professeur A.-P. Dustin se divise en trois parties :

La première partie expose les différents mécanismes qui font varier le chiffre leucocytaire sanguin (activité des organes hématopoïétiques, maturation des cellules, mise en liberté dans le sang, permanence et survie dans le torrent circulatoire, variations de répartition, leucocytose, etc.). De cet exposé théorique découlent les différents modes d'action possible des leucopoïétiques.

La deuxième partie énumère les principaux agents et substances leucopoïétiques de la chimie inorganique (arsenic, or, soufre, cuivre) et de la chimie organique (alcaloïdes, hormones, vitamines, protéines, acide nucléique, pentose nucléotides, etc., etc.). Les agents physiques (chaleur, radiations) sont rapidement envisagés.

La troisième partie dégage les mécanismes généraux d'action des leucopoïétiques et leurs applications aux maladies générales et aux maladies sanguines du type agranulocytose.

Hormones, vitamines et leucocytes, par M. Hernando (Madrid). — 1° Dans la leucopoïèse, il est indéniable que quelques hormones et quelques vitamines interviennent. Cette intervention est exercée directement par des modifications qu'elles impriment aux divers organes ou par des changements dans la composition des humeurs.

2° Il est difficile de savoir quelle est la participation de chaque hormone ou de chaque vitamine, car, cliniquement, nous trouvons rarement des syndromes endocriniens ou hypovitaminosiques purs et expérimentalement le plus souvent nous nous bornons à l'étude isolée d'une hormone ou d'une vitamine, tandis que dans l'organisme ces éléments se trouvent en combinaison avec d'autres facteurs et dans des proportions inconnues.

3° Parmi les hormones, l'hormone corticale spécialement, celle de la thyroïde et peut-être une hormone de la préhypophyse stimulent ou tout au moins sensibilisent les organes leucopoïétiques.

4° L'adrénaline et l'insuline se comportent comme substances mobilisatrices des leucocytes déjà formés dans les organes leucopoïétiques. Il est possible que les effets de l'insuline soient dus à une réaction adrénalinique provoquée au moment de l'hypoglycémie.

5° La stimulation de l'hormone parathyroïdienne sur la leucopoïèse est peut-être due aux altérations humorales (diminution de la réserve alcaline et hypercalcémie) qu'elle produit.

6° La vitamine A a une influence sur la maturation des polynucléaires et des lymphocytes.

7° La vitamine C provoque parfois une augmentation et parfois une diminution de leucocytes, mais dans les conditions normales elle ne change pas le nombre de ces éléments. L'opinion soutenue par certains auteurs sur le rôle régulateur de la leucopoïèse assumée par la vitamine C est vraisemblable.

8° Il existe un nouveau facteur (M) qui fait partie du complexe B2 et qui a une influence spécifique sur la maturation des leucocytes. Ce facteur se trouve dans la levure de bière, les extraits hépatiques, dans le germe du blé, etc.

9° L'emploi de quelques hormones (spécialement de l'hormone corticale) et de quelques vitamines (facteur M, vitamines A et C) dans le traitement des agranulocytoses et leur essai dans certaines leucémies se trouvent justifiés.

Les médicaments leucolytiques ont fait l'objet d'un rapport de M. le professeur Aubertin (de Paris).

Enfin, M. Cottenot (de Paris) a exposé l'**action des rayons X sur les leucocytes.** Nous y reviendrons.

(*A suivre.*)

Association de la Presse Médicale française.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 4 MARS 1940

Ouverture d'un pli cacheté. — M. Paul Durand et Mlle Hélène Sparrow demandent l'ouverture d'un pli cacheté déposé le 30 octobre 1939.

Ce pli contient une note sur l'*inoculation pulmonaire des virus typhiques et boutonneux* (renvoi à la Section de Médecine).

Le gel d'alumine en tant qu'adjuvant du vaccin contre la peste bovine. — M. Henri Jacotot.

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 19 MARS 1940

Notice. — M. Chevassu lit une notice nécrologique consacrée à Louis Hache (du Caire). Hache était ancien interne des hôpitaux de Paris (1880), il avait été le chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Paris et avait été professeur à la Faculté de Médecine de Beyrouth. Elu en 1898, correspondant national de l'Académie de Médecine, il était le doyen de sa section.

Maladie d'Aujersky. — MM. Remlinger et Bailly (de Tanger) rapportent le premier cas marocain de maladie d'Aujersky.

Indice de prosaptoglobinémie chez les tuberculeux. — MM. J. Troisier, M. Polonovski, M. F. Jayle et H. E. Brissaud. — De nombreux états pathologiques s'accompagnent d'une réaction humorale que traduit l'apparition dans le plasma sanguin, d'une matière protéique électropositive qui a la propriété de se fixer sur l'hémoglobine.

LE MÉTRONOME DU CŒUR...



SIMPLE - SPARTÉINÉ
STRYCHNO-SPARTÉINÉ

AMPOULES DE 1, 2 ET 5 cc.

LABORATOIRES ROBIN, 13-15, Rue de Poissy - PARIS-Ve

L'indice de prosaptoglobinémie s'est montré fixe chez le sujet normal, toujours compris entre 0,1 et 0,7. Les auteurs montrent que chez les tuberculeux qu'ils ont étudiés, il a toujours été plus élevé de 0,8 à 4. D'importance variable selon l'étendue, la nature et l'ancienneté des lésions, il suit enfin les modifications évolutives de la maladie.

Les chiffres élevés de prosaptoglobinémie correspondent d'autre part régulièrement à une vitesse de sédimentation accélérée des hématies, les chiffres bas à une sédimentation normale.

Morphologie de la tête. — Le médecin général F. Pasteur présente une étude sur la morphologie de la tête : volume, périmètre, courbes, diamètres et hauteur, démontrant l'équilibre de ces diverses proportions, leur relativité numérique avec tous les autres indices et leur adaptation individuelle pour chaque type particulier dans le cadre et l'ordre de la configuration générale du corps humain tout entier.

Vacances de Pâques. — L'Académie ne tiendra pas de séance le mardi de Pâques, 26 mars prochain.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 mars 1940

Traitement prophylactique de la méningite cérébro-spinale par les sulfamides. — M. Huber. — L'auteur rapporte les conclusions du Comité consultatif de l'hygiène dont il fait partie, qui préconisent l'emploi, pour tous les individus reconnus porteurs de germe et pour ceux avec lesquels ils sont en contact, des sulfamides en suivant les doses que voici :

1er jour	5 comprimés
2e »	4 »
3e »	3 »
4e »	3 »
5e »	2 »
6e »	2 »
7e »	1 »
8e »	1 »

L'auteur souhaiterait que la connaissance de ce traitement prophylactique antiméningococcique soit largement diffusée.

Il met en garde contre les faits que les porteurs de germes ainsi immunisés peuvent souvent présenter des récidives.

Séance du 15 mars 1940

Concentration rapide des sulfamides. — M. Grenet apporte des précisions sur la rapidité de concentration dans le liquide céphalo-rachidien des sulfamides administrés par voie buccale.

Parmi les observations de méningite cérébro-spinale qu'il a recueillies, il compte que, en moyenne, quarante-huit heures après l'ingestion, il y a eu une concentration de 5 à 8 milligrammes et même une concentration de 6 à 7 milligrammes.

Deux cas de cancer de la veine-cave inférieure. — M. Lœper. — *a*) Femme 33 ans, venue pour œdème énorme des membres inférieurs et du tronc, circulation collatérale. Enorme tumeur hypocondre droite formée à la fois par rein droit et foie, difficilement séparables à la palpation. Bruit de galop dans les huit derniers jours. Diagnostic de néo du foie.

Autopsie : rein énorme, 4 kilos ; veine rénale oblitérale, veine cave inférieure oblitérée jusqu'au cœur, bourgeon dans l'oreillette droite. Dans le myocarde, 2 ou 3 points néoplasiques trouvés sur la valvule.

b) Homme, ancien cirrhotique, ascitique depuis longtemps, liquide très riche en albumine. Diagnostic de φ péritonéale greffée sur cirrhose ; d'autant plus certain qu'épanchement liquide dans la plèvre; frottement péricardique. Autopsie : hépatome malin envahissant veine porte (thrombose), veine cave et oreillette.

A cette occasion, l'auteur rappelle que le diagnostic n'a jamais été fait, mais que les quelques signes cardiaques pourraient orienter le diagnostic si celui de néo a déjà été fait ; bruit de galop, frottement péricardiaque, électro-cardiogramme.

Le frémissement hydrocéphalique chez le nourrisson. — M. P. Lereboullet, ayant perçu dans quelques cas de grande hydrocéphalie du nourrisson et notamment d'hydrocéphalie anencéphalique avec vibration comparable à celle d'un sommier élastique (et en tout superposable à celle du frémissement hydatique) insiste sur la signification clinique de ce frémissement hydrocéphalique. Il rappelle que d'après Potain, Segond et d'autres observateurs, le frémissement hydatique peut être réalisé par toute poche kystique à paroi très mince et distendue par un liquide très fluide. Or, les grandes hydrocéphalies du nourrisson réalisent souvent ces conditions, si bien que, pour le clinicien, il est plus facile de le rechercher en percutant, selon la technique indiquée par M. Lereboullet (percussion douce ou pianotage avec les doigts écartés sur le sommet de la tête), chez les nourrissons atteints de grande hydrocéphalie, à condition toutefois que la distension reste relativement modérée.

SOCIETE DE BIOLOGIE

Séance du 2 mars 1940

Y a-t-il accélération de la réapparition de l'allergie chez les cobayes réinfectés après désensibilisation spontanée ? — MM. A. Saenz et G. Canetti ont vérifié l'existence de ce phénomène. Ils ont observé que des cobayes réinfectés après perte spontanée de la sensibilité tuberculinique conférée par une infection première peu virulente, réagissent en quatre jours intensément à la tuberculine, alors que des témoins ne réagissent avec la même intensité qu'après douze à quinze. Il y a donc lieu, lors d'une réinfection après désensibilisation spontanée, accélération de la réapparition de l'allergie. Il est vraisemblable qu'un pareil phénomène intervient chez l'homme pour raccourcir ses périodes de non-réactivité à la tuberculine.

L'hypophyse est-elle nécessaire à la production d'antihormones ? — M. Simonnet et M. Michel. — Le traitement prolongé par un extrait gonadotrope des rats hypophysectomisés permet d'obtenir chez ces animaux un sérum antigonadotrope vis-à-vis du même extrait. L'hypophyse n'est donc pas nécessaire à la production d'antihormones ce fait serait en faveur de la théorie antigénésique.

Sur l'existence du principe « synergique » et du principe « antagoniste » dans les extraits hypophysaires. — MM. Simonnet et Michel n'ont pu confirmer les résultats de Chamorro tendant à prouver l'existence de ces principes dans les hormones hypophysaires. Ils insistent sur l'extrême variabilité de matériel de départ et sur la difficulté d'interprétation des résultats expérimentaux.

ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE DE PARIS

HOMMAGE POSTHUME A QUATRE AMIS DE LA CORPO

L'*Association corporative des étudiants en médecine de Paris* vient de perdre quatre de ses éminents amis et membres honoraires, les professeurs Desgrez et Terrien et les docteurs Dartigues et Chauveau.

***

Desgrez avait conservé cette simplicité de bon aloi des médecins d'autrefois. Il était paternel avec les jeunes qu'il considérait comme ses enfants. Son livre de cours, excellent exposé de chimie biologique, permettait de percer bien des mystères de la pathologie. Ce savant m'avait souvent rappelé combien il se félicitait, lui, interne en pharmacie dans sa jeunesse, d'être devenu l'élève de la « maison Bouchard », comme il l'appelait.

Ce qu'on sait moins, c'est que Desgrez, qui paraissait confiné au laboratoire, ne détestait pas le *forum*, et l'on parle encore en Côte-d'Or d'une campagne sénatoriale durant laquelle notre maître sut se montrer un candidat aussi actif qu'intègre ; c'est pourquoi le fauteuil vacant lui échappa.

Il eut toujours pour la *Corpo* la plus grande sollicitude, favorisant son évolution et le développement de ses bibliothèques et de ses moyens de travail.

***

De Terrien, je dois rappeler l'accueil qu'il me réserva lors de notre campagne *contre le projet de création des certificats de spécialités*, et l'interview qu'il m'accorda pour la *Gazette des Hôpitaux*, la *Presse Médicale* et d'autres journaux professionnels : ses arguments, venant renforcer ceux de Cunéo, firent avorter le malencontreux projet. Ce geste émanant d'un professeur aussi doux que Terrien, doit être rappelé, car il prouve la valeur morale de celui qui l'accomplit dans l'intérêt du diplôme de docteur en médecine.

***

Dartigues, lui, était à la fois un savant, un penseur et un « vieil étudiant » paraissant à peine l'aîné de la « *jeune Umfia* » et des membres de la *Corpo*.

Qui eût donné 71 printemps à ce virtuose du bistouri, et à cet orateur aux amples périodes *latines* ? Chirurgien de grande classe, il s'était intéressé aux relations avec les *bons* médecins étrangers amis de la France. En 1911, il avait fondé avec Clemenceau et Branly, Gaullieur-L'Hardy, Bandelac de Pariente et Molinéry l'*Umfia* qui devint l'*Union médicale latine*. Il créait des sections dans toutes les Universités des pays latins du nouveau et de l'ancien monde. Quel magnifique programme a réalisé Dartigues ! L'*Association Corporative* peut se flatter d'avoir toujours gardé l'amitié de cet homme de grand cœur que j'ai pu éprouver lors de la *Bataille des Humanités* à laquelle nous participâmes de 1923 à 1933.

Les membres de l'Umfia sont humanistes ou ils ne seraient pas, et nous étions tous à la Corpo, des *fils spirituels* de Dartigues et de l'*Umfia*.

***

Chauveau, sénateur de la Côte-d'Or, soutint toutes les revendications de la *Corpo* en faveur de la culture classique des médecins et de la lutte contre l'invasion des médecins indésirables étrangers en vieux doctrinaire du parti radical; il monta plusieurs fois à la tribune du Sénat et, de sa voix autorisée et toujours écoutée, il se fait victorieusement le défenseur de nos idées. *Pour la loi Armbruster*, il prononça un très beau discours témoignant d'une haute culture philosophique et littéraire et fut un des plus enthousiastes à faire voter l'amendement Debierre en faveur du *bachot latin-grec obligatoire* pour les études médicales.

Lors du *projet de morcellement du doctorat en médecine*, le Dr Chauveau se dressa avec vigueur en adversaire redoutable. Le ministre n'insista pas ; il accepta sa défaite sans plus mot dire en attendant des jours meilleurs.

C'est que Chauveau était de ce vieux parti bourguignon qui ne transigeait pas même avec les roys de France, et il aimait à nous le rappeler quand il nous recevait chez lui, boulevard Saint-Germain. Il fut ministre d'André Tardieu, et c'est tout dire.

***

De tels hommes, l'*Association corporative des étudiants en médecine de Paris* ne les oubliera jamais, car ils furent tous les quatres des *partisans impénitents de son programme*, de grands médecins, des humanistes et des patriotes.

Maurice Mordagne.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

Mardi 12 mars. — Jury : MM. Jeannin, Gougerot, Léon Binet, Laignel-Lavastine, Laubry. — M. Meplain. A propos de 7 cas de présentation du front observés à Lariboisière et à Beaujon ces cinq dernières années. — M. Revel. Les indications thérapeutiques chez la tuberculeuse gravide. — M. Leibovici. Considérations sur les divers traitements de la gale. — M. Schmouchkovitch. Contribution à l'étude des réactions appendiculaires au cours de la syphilis. — M. Parat. La lutte sociale contre la syphilis. — M. Lefebvre. Hormones mâles et formules sanguines. — M. Collard. L'énergamétrie et son application à l'expertise des accidents du travail. — M. Lacourbe. Sur un cas de lymphogranulomatose maligne pulmonaire à forme exsudative.

Mercredi 13 mars. — Jury : MM. Couvelaire, Gosset, Lemierre, Mondor, Robert Debré. — M. Pouponneau. A propos de quelques nouveaux cas de symphyséotomie partielle sous-cutanée suivant la méthode de Zarate. — M. Besse. Les fausses trochantérites tuberculeuses. — M. Mathieu. Les duodénites pseudo-ulcéreuses. — M. Bruneau. La préanesthésie par l'association scopolamine-morphine-éphédrine. — M. Payer. Les causes multiples en pathologie. — M. Carpier. Contribution à l'étude de quelques formes localisées anormales de l'acrodynie infantile.

Jeudi 14 mars. — Jury : MM. Pierre Duval, Cunéo, Lereboullet, Maurice Villaret, Tanon. — M. Roué. Contribution à l'étude de la spondylite traumatique ou maladie de Kummel-Verneuil. — M. Picouret. De l'action des injections intradermiques de la solution histamine-histidine dans les douleurs thoraciques des affections pulmonaires. — M. Sfar. La réaction de Vernes à la résorcine dans les tuberculoses. Quelques observations cliniques.

LIVRES NOUVEAUX

Applications médicales du nouveau codex et prescriptions des substances vénéneuses, par H. Hazard, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, pharmacien des hôpitaux. — Un vol. de 92 pages (collection *Médecine et Chirurgie : Recherches et applications*, n° 15) : 18 fr. Masson et Cie, éditeurs, Paris.

Le codex 1937, applicable à partir d'avril 1938, a apporté des changements importants à la phamacopée. Ces changements ont été groupés ici sous trois chefs : suppressions, additions, modifications.

A côté de produits chimiques nouveaux figurent dans cette nouvelle édition de nombreux produits galéniques et des formules nouvelles de préparations officinales qui peuvent rendre les meilleurs services. Ces formules sont présentées ici au médecin désireux de prescrire autre chose que la spécialité passe-partout. Les produits opothérapiques, les sérums et vaccins, les titrages biologiques ont pris une importance considérable : on leur a consacré plusieurs pages dans ce volume. On y a ajouté quelques renseignements d'intérêt général (Conférence internationale de Bruxelles).

Une importance particulière a été donnée ici à la législation des toxiques. Cette législation est actuellement d'autant plus difficile à connaître et à comprendre qu'elle est éparse même dans le codex et que des décrets postérieurs à celui-ci sont venus encore la modifier. M. Hazard l'a reprise par la base et exposée d'une façon simple et claire.

Ce livre a été écrit surtout pour les médecins en ce qui concerne les nouveautés du codex, mais les renseignements qu'il fournit touchant la législation des substances vénéneuses intéressent les pharmaciens autant que les médecins.

Les erreurs et les fautes en urologie. Etude critique, clinique et thérapeutique, par L. Strominger, docent d'urologie à la Faculté de Médecine de Bucarest. Préface du professeur Marion. — Un vol. de 176 pages, 45 francs. Masson et Cie, éditeurs, Paris.

Pour ne pas commettre d'erreur en urologie, qu'importe-t-il de faire ? L'auteur énumère précisément les fautes qui peuvent être commises et pourquoi elles ont pu l'être. « C'est un fait établi, écrit-il, dans son introduction, que les erreurs et les fautes sont plus instructives que les succès ». Ce travail n'était pas aisé à accomplir, aussi fallait-il qu'il fût fait par un médecin fort d'une grande érudition et rompu à une longue pratique urologique hospitalière et privée.

Il consacre différents chapitres aux rapports de l'urologie et de la chirurgie, aux erreurs de sémiologie, de diagnostic, de pronostic et surtout de traitement chirurgical. Un chapitre spécial traite des erreurs physico-chimiques expérimentales et des valeurs biologiques. Enfin, un grand chapitre est réservé aux erreurs radiologiques, qui sont grosses de conséquences pour le diagnostic et le traitement chirurgical. Le fond du sujet est constitué par la description des erreurs et des fautes dans les maladies du rein, du bassinet et de l'urètre, de la vessie, de l'urètre et de la prostate. Quelques considérations sont faites sur les organes génitaux des deux sexes. Toute l'attention de l'auteur est consacrée sur les mesures à prendre pour éviter les erreurs et les fautes et sur leur prophylaxie, s'il est possible de s'exprimer ainsi .

« Cet ouvrage est un livre excellent, écrit le professeur Marion dans sa préface. J'engage tous mes confrères à le lire : comme moi qui l'ai lu, ils y apprendront certainement beaucoup de choses. Il témoigne de la part de l'auteur d'une grande expérience, d'une érudition remarquable et d'un parfait bon sens ».

NOTES POUR L'INTERNAT

COMPLICATIONS DES FIBROMES (1)

(Suite et fin)

II. — La dégénérescence maligne revêt un tableau spécial :

Complication à redouter à la ménopause ;

Donne lieu à une *exagération de tous les symptômes du fibrome.*

Symptômes fonctionnels : hémorragies abondantes, pertes fétides profuses, douleurs par compressions nerveuses.

Symptômes généraux : rapidement, état de cachexie, amaigrissement, anémie.

Signes physiques : au toucher vaginal, on trouve une tumeur ayant considérablement augmenté vers l'abdomen et vers le bassin, inégale avec des bosselures.

On recherchera tout de suite la présence :

—d'*ascite*, qui confirme le diagnostic,

— de *métastase*, qui contre-indiquent toute intervention.

Le *pronostic* est très grave malgré l'acte opératoire.

Quant à la *coexistence d'un fibrome et d'un cancer du corps :*

C'est aussi une éventualité rencontrée à la ménopause, et le tableau réalisé est très voisin.

L'indication opératoire est la même, mais le pronostic infiniment meilleur si l'intervention est précoce.

III. — Des dégénérescences bénignes peuvent aussi se rencontrer.

Ne faire que les citer après les précédentes.

1° *Dégénérescence calcaire :* avec dureté pierreuse du fibrome.

2° *Dégénérescence œdémateuse ou kystique :* réalisant une consistance *molle* spéciale.

3° *Dégénérescence télangiectasique :* où le fibrome est trouvé *pulsatil, soufflant.*

Intéressante, car simulant de près un *utérus gravide.*

Et afin d'éliminer la grossesse chez une fibromateuse, il sera nécessaire d'avoir recours aux réactions biologiques de la grossesse.

Savoir que ces dégénérescences se passent le plus souvent de symptômes, ce qui amène à parler de :

COMPLICATIONS COMPLETEMENT LATENTES

I. — *Il faut les rechercher systématiquement avant toute intervention par un examen complet :*

A) Par l'interrogatoire,

1° Sans revenir sur :

— les *hémorragies répétées* créant un état d'anémie chronique,

— les *pertes purulentes*, témoins d'une infection,

Et qui commandent la N. G., afin de mettre en œuvre les petites transfusions, le traitement désinfectant pré-opératoire.

2° Toujours s'enquérir *de troubles à type de compression :*

a) Du côté de la vessie : pollakiurie, rétention chronique incomplète.

b) Du côté de l'intestin : constipation et ses petits troubles concomitants.

Ces symptômes commandent la recherche :

B) Par l'examen local.

1° *D'un fibrome en situation particulière.*

a) Rarement, il s'agit de *fibrome antérieur*, étalant la vessie devant lui.

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux*, 1940, nos 21-22.

b) Généralement, on trouve *un fibrome postérieur*, refoulant l'utérus en avant sur le bas-fond vésical, nécessitant une intervention précoce pour libérer la vessie.

c) Ou bien un *fibrome latéral*, faisant craindre la compression des uretères, commandant deux explorations rénales pré-opératoires.

d) Enfin, savoir que ces fibromes sont fréquemment enclavés dans le Douglas ou inclus dans le ligament large, ce qui augmente sérieusement les difficultés opératoires.

2° *D'une salpingite chronique coexistante.*

Il faudra se méfier de *tout fibrome douloureux*.

Et systématiquement rechercher :

— la mobilité utérine,

— l'existence de masses annexielles ou d'un empâtement diffus dans les culs-de-sac.

Une telle constatation contre-indique formellement le traitement radiothérapique.

3° *Vérifier enfin l'état du col utérin :*

Par toucher vaginal, spéculum. Biopsie, si doute la coexistence d'un cancer du col et d'un fibrome n'étant pas exceptionnelle, on pratiquerait alors une hystérectomie totale pour éviter le développement d'un cancer sur le moignon cervical.

L'examen local sera toujours complété :

C) Par l'examen général.

Examen complet de la malade, mais s'attacher surtout à :

1° *L'examen cardio-vasculaire*. Recherche d'une hypertension artérielle.

2° *L'examen du fonctionnement rénal*. Dosage d'urée pré-opératoire et même exploration fonctionnelle rénale complète.

3° *L'étude sanguine :*

— *non seulement N. G.* pour déceler une anémie ou une polynucléose témoin d'une infection locale indiquant de surseoir momentanément à l'opération.

— *mais encore T. S. et T. C.*, dont les modifications ont été incriminées pour expliquer les phlébites et les embolies.

II. — *Malgré cet examen local et général systématique :*

a) Des complications peuvent être seulement des découvertes *d'intervention*, parfois même *d'examens histologiques de la pièce.*

Telles sont :

— une torsion latente ;

— une dégénérescence maligne ;

— une nécrobiose à son début.

b) *Enfin des complications post-opératoires restent toujours possibles :*

Malgré des indications opératoires les mieux discutées, chez les femmes les mieux préparées avant l'intervention.

1° Rarement on observe actuellement des complications *rénales* à type d'anurie, ou *cardiaques* à type d'asystolie.

2° Mais redoutables et fréquentes sont les *complications vasculaires*,

— qu'il s'agisse de *phlébite pelvienne*, absolument latentes et seulement révélée par une *embolie mortelle* ;

— ou bien de *phlegmatia alba dolens*, que l'on redoutera devant l'ascension du pouls et de la température, indiquant l'immobilisation rigoureuse de la malade.

Telles sont les complications déjà nombreuses pouvant survenir chez une femme porteuse d'un fibrome.

Chez la femme enceinte, elles revêtent un aspect particulier et il faut étudier dans un groupe à part :

LES COMPLICATIONS OBSTETRICALES

Si une femme porteuse d'un fibrome peut parfois mener à bien une grossesse sans aucune complication.

En fait, on observe avec fréquence des accidents aux divers stades de la gravidité.

I. — Pendant la grossesse.

a) *Pendant les premier mois*, le fibrome peut entraîner l'avortement. C'est une éventualité redoutable :

1° *Grave*, car il s'agit d'un *avortement* compliqué *de rétention placentaire*, et partant, exposé aux hémorragies, à l'infection.

2° *Grave*, car il expose le *fibrome à l'infection*, au *sphacèle.*

3° *Grave*, car le *traitement* est extrêmement difficile et dangereux ; le *curettage* capable d'amener des désastres.

b) *Plus tard*, le fibrome peut être facteur :

— d'insertion vicieuse du placenta-prævia,

— de présentation vicieuse.

c) *A tout moment*, le fibrome peut se compliquer :

— augmentation de volume ;

— torsion ;

— nécrobiose.

C'est pourquoi il est indiqué, pour éviter ces accidents, de pratiquer chez une fibromateuse :

— *au début de la grossesse*, une myomectomie simple ;

— *lorsque la grossesse est avancée*, une hystérectomie, si l'on redoute l'une de ces complications.

II. — Pendant le travail.

Il y a lieu d'apposer :

a) *Le fibrome abdominal :*

Peu grave. Tout se borne à de *l'inertie utérine* et ses conséquences, obligeant au forceps, à la délivrance artificielle.

b) *Le fibrome pelvien :*

1° *Généralement grave, s'il est prævia*, créant un obstacle insurmontable empêchant l'accouchement, indiquant donc la *césarienne* peu avant ou après le début du travail, suivie de myomectomie ou d'hystérectomie.

2° Parfois le fibrome, quoique prævia, *ascensionne* ou *se lamine*, permettant l'accouchement.

III. — Pendant les suites de couches :

Savoir, la fréquence des *hémorragies de la délivrance*, de l'*infection post-partum.*

R. Joussemet
et J. Joussemet-Lefèvre.

PRATIQUE MÉDICALE

Les cardio-névroses

Par G. Macaud (1)

Sous le nom de cardio-névroses, il faut englober tous les troubles cliniques d'apparence cardiaque, ne répondant pas à une lésion anatomique de l'appareil cardio-vasculaire ; tels sont, par exemple, les cœurs irritables et les troubles réflexes cardiaques. De tels phénomènes sont, à l'heure actuelle, plus fréquents que les lésions organiques.

On comprend l'échec des toni-cardiaques classiques : la digitaline, l'ouabaïne ou le strophantus ne peuvent rien dans de semblables cas ; ils sont incapables de rompre les réflexes nerveux et d'équilibrer le système vago-sympathique.

Un grand progrès vient d'être réalisé par l'association de l'aminophylline à la phényl-éthyl-malonylurée à petite dose et au chlorhydrate de papavérine (sédo-caréna). A la dose journalière de 2 à 6 comprimés, sédo-caréna permet le seul traitement complet des gastro-névroses, sa parfaite tolérance permettant des cures suffisamment prolongées pour obtenir un équilibre stable du système neuro-végétatif et du cœur.

(1) *Concours Médical*, 25 juin 1939, p. 1764).

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 27-28. — 3-6 AVRIL 1940. 113e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la Faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

Publicité : M. A. Thiollier, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Faculté de Médecine de Paris. — *Leçon inaugurale.* — M. le professeur Pasteur Vallery-Radot, professeur de pathologie médicale, fera sa leçon inaugurale le mardi 16 avril 1940, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté.

Il continuera son cours les jeudis, mardis et samedis suivants, à la même heure et au même amphithéâtre. Sujet du cours : maladies des reins.

La prophylaxie des maladies vénériennes. — Le *Journal Officiel* du 21 mars publie un *décret* portant règlement d'administration publique pour application du décret du 29 novembre 1939 relatif à la prophylaxie des maladies vénériennes.

Voici les articles les plus importants du *titre I consacré aux dispositions générales et concernant spécialement les médecins :*

Art. 2. — L'avertissement que tout médecin doit, en conformité de l'article 1er du décret susvisé du 29 novembre 1939, remettre en même temps que son ordonnance à toute personne reconnue par lui atteinte d'accidents vénériens contagieux ou susceptibles de le devenir, est rédigé par écrit. Le médecin a la faculté d'utiliser en tout ou en partie une formule type d'avertissement dont les exemplaires, imprimés par les soins du ministère de la Santé Publique, seront mis gratuitement à la disposition des médecins et de leurs organisations professionnelles.

Art. 3. — Le médecin qui, conformément à l'article 2 susvisé du décret du 29 novembre 1939, juge qu'il est de son devoir de prévenir l'autorité sanitaire de l'imprudence nocive commise par un malade, adresse ou remet sous pli fermé à l'autorité sanitaire une déclaration. Il pourra utiliser une formule-type de déclaration dont les exemplaires imprimés par les soins du ministère de la Santé Publique seront mis gratuitement à la disposition des médecins et de leurs organisations professionnelles.

Art. 4. — Pour l'application de l'article 4 du décret susvisé du 29 novembre 1939, l'autorité sanitaire notifie aux personnes visées au paragraphe 1er dudit article l'injonction prévue dans ce paragraphe, par l'entremise d'assistantes sociales pourvues du diplôme d'Etat, spécialement déléguées par cette autorité à cet effet et assermentées.

Ces assistantes sociales prêtent serment devant le préfet.

La prestation de serment est constatée sur une carte d'identité délivrée à toute assistante sociale désignée en conformité du paragraphe 1er du présent article. La formule du serment est fixée par un arrêté du ministre de la Santé Publique.

Dans le cas où la mission prévue au paragraphe 1er du présent article ne pourrait être remplie par une assistante sociale, l'injonction émanant de l'autorité sanitaire est adressée à la personne intéressée par carte-lettre recommandée conforme au modèle mis en vente par l'administration des postes. La partie extérieure de cette carte-lettre ne devra contenir d'autre mention que les nom et adresse de la personne intéressée.

Art. 5. — L'injonction est notifiée par une communication verbale faite, hors la présence de tiers, à la personne intéressée, à laquelle est présentée une note relatant l'injonction notifiée et la date de celle-ci. L'assistante sociale fait apposer sur cette note la signature de la personne intéressée ou y mentionne, le cas échéant, son refus de signer.

La note prévue au paragraphe précédent doit indiquer la date d'expiration du délai imparti à la personne intéressée pour satisfaire à l'injonction de l'autorité sanitaire.

Art. 6. — Dans le cas où la personne intéressée se dérobe à tout entretien avec l'assistante sociale chargée de lui notifier l'injonction de l'autorité sanitaire, l'injonction, est notifiée suivant les formes prévues au paragraphe 3 de l'article 4 ci-dessus.

Art. 7. — Vingt-quatre heures avant l'expiration du délai imparti dans la note contenant l'injonction, une dernière sommation est adressée par l'autorité sanitaire à la personne intéressée, dans les formes prévues à l'article 4 (§ 3) ci-dessus, d'avoir à présenter le certificat médical prévu à l'article 4 et à l'article 5 du décret susvisé du 29 novembre 1939.

Passé ce délai, les poursuites sont engagées, à la requête de l'autorité sanitaire, devant le tribunal de simple police par application de l'article 6 (§ 3) du décret susvisé du 29 novembre 1939.

Art. 8. — La liste des médecins agréés par l'autorité sanitaire et celle des services désignés par cette autorité pour la délivrance du certificat médical prévu aux articles 4 et 5 du décret susvisé du 29 novembre 1939 sont communiqués à la personne intéressée par l'assistante sociale lors de la présentation de la note prévue à l'article 4 ci-dessus ou, le cas échéant, insérée dans la carte-lettre recommandée prévue au paragraphe 3 dudit article.

La liste des médecins agréés pour délivrer les certificats médicaux est établie par l'autorité sanitaire après avis de l'organisation professionnelle la plus représentative des médecins du département et de l'organisation professionnelle nationale la plus représentative des médecins spécialisés en dermatologie et vénéréologie. Elle fait, s'il y a lieu, l'objet d'une revision avant le 1er octobre de chaque année.

La liste des services agréés pour délivrer gratuitement les certificats susmentionnés est établie chaque année par l'autorité sanitaire après avoir été soumise à l'agrément du ministre de la Santé Publique.

En l'absence d'opposition de la part du ministre de la Santé publique, dans un délai de vingt jours à dater de la communication de la liste soumise à son agrément, cette liste est considérée comme agréée.

Les listes prévues au paragraphe 1er et au paragraphe 2 du présent article sont publiées au Recueil des actes administratifs de la préfecture.

Art. 9. — L'injonction tendant à exiger par application de l'article 6 (§ 1er) du décret du 29 novembre 1939, la présentation à intervalles fixes de nouveaux certificats médicaux est notifiée suivant la procédure prévue aux articles 4 (§ 3), 5 et 6 du présent décret. L'article 7 dudit décret sera également applicable en ce qui concerne cette injonction. La note constatant l'injonction devra rappeler à la personne intéressée l'obligation à elle imposée par l'article 6 (§ 1er) du décret précité du 29 novembre 1939 d'avoir à faire connaître, en cas de déplacement, son adresse aux inspecteurs départementaux d'hygiène de son ancienne et de sa nouvelle résidence.

Art. 10. — En vue de l'application de l'article 9 (§ 1er) du décret susvisé du 29 novembre 1939, la liste des établissements, dans lesquels peuvent avoir lieu les examens médicaux cliniques et les examens microbiologiques et sérologiques prévus audit article, est arrêtée par le préfet sur la proposition de l'inspecteur départemental d'hygiène et publiée au Recueil des actes administratifs de la préfecture.

Elle est, s'il y a lieu, revisée annuellement avant le 1er octobre.

Des exemplaires de cette liste sont transmis par l'autorité sanitaire au premier président de la Cour d'appel du ressort en vue de la communication de ces exemplaires aux juridictions répressives.

Art. 11. — En vue de l'application de l'article 10 du décret susvisé du 29 novembre 1939, sont arrêtées par le préfet et publiées au Recueil des actes administratifs de la préfecture : 1° la liste des services agréés par l'autorité sanitaire dans le cas prévu au paragraphe 3 de cet article ; 2° et 3° la liste des établissements publics hospitaliers et celle des établissements privés agréés par l'autorité sanitaire pour l'hospitalisation d'un malade, ordonnée par décision de justice, dans le cas prévu au paragraphe 4 de l'article 10 précité.

Les listes de médecins agréés par l'autorité sanitaire

Voir la suite des Informations, page 275.



PRIX ORFILA
1872



PRIX DESPORTES
1904

DIGITALINE NATIVELLE

Sa parfaite cristallisation et sa pureté absolue permettent un dosage précis de ses diverses préparations. Possédant par conséquent une action précise et invariable, elle rend inutiles les titrages biologiques indispensables aux autres préparations digitaliques.

La DIGITALINE NATIVELLE agit plus sûrement que toutes les autres préparations de digitale, elle est et reste l'unité étalon servant à mesurer l'action thérapeutique de tous les médicaments cardiotoniques.

FORMES

Solution au millième
Granules au 1/10 de milligramme
Ampoules au 1/4 de milligr. pour injections intramusculaires

LABORATOIRE NATIVELLE
27, Rue de la Procession, PARIS 15

DRAEGER

SEXUALITÉ ET ÉDUCATION

(Suite)

II. — Education de la sexualité et de la fonction génésique (Education sexuelle)

Par le Professeur Pierre Nobécourt
Membre de l'Académie de Médecine

Dans un mémoire précédent (1) j'ai montré l'importance de la sexualité en matière d'éducation, les motifs d'une éducation différente pour les garçons et les filles à partir de la prépuberté et de la puberté, les inconvénients et les difficultés de leur coéducation.

Je vais maintenant exposer les problèmes relatifs à l'éducation de la sexualité et de la fonction génésique. Ces problèmes sont délicats, principalement ceux relatifs à cette fonction ; c'est celle-ci qui importe le plus du point de vue moral, du point de vue social, du point de vue médical.

On a beaucoup parlé et écrit sur l'opportunité de donner aux enfants des notions sur ces sujets.

Le *silence* des parents et des éducateurs fait courir aux jeunes gens de grands risques pour leur santé morale et leur santé physique. Ces risques ne sont pas seulement individuels ; ils ont une répercussion sur la famille, la descendance, la société. Instruire les jeunes est donc une nécessité.

On objecte qu'il est imprudent de troubler la candeur des enfants, d'éveiller leur curiosité ; le silence a ses partisans.

En réalité ces objections sont basées sur une connaissance erronée des enfants et des jeunes gens, sur des conceptions fausses quant à la sexualité pendant l'enfance et la jeunesse et au rôle primordial, fixé par la Nature, de la fonction génésique.

L'*instinct sexuel*, d'abord vague et imprécis, s'éveille de bonne heure chez l'enfant. Le problème de la génération le préoccupe. Puis, pendant la période pubérale et la jeunesse, s'installent la *fonction* et le *désir génésiques*.

La *candeur* de l'enfant est souvent plus apparente que réelle. Elle disparaît plus ou moins tôt suivant le milieu, le tempérament et la psychologie de l'enfant. La promiscuité dans des logements trop petits ou surpeuplés, la fréquentation dans les établissemens scolaires et surtout les internats de camarades plus âgés ou plus précoces, dans les ateliers, les bureaux, les magasins d'adultes du même sexe ou des deux sexes, par les propos, les conversations, les allusions, les gestes, ne tardent pas à dissiper l'ignorance. Dans les familles, elle peut l'être par un domestique vicieux, homme ou femme. Il ne faut pas ignorer enfin l'influence de certains livres, d'une certaine presse, des spectacles de la rue, du cinématographe, des exhibitions théâtrales, etc.

Le *mystère* dont on entoure les phénomènes d'ordre sexuel et la génération, le silence des parents et des éducateurs, le refus de répondre aux questions et même la défense de les poser, les réponses dilatoires, ne peuvent qu'éveiller la curiosité des enfants. Ils ne tardent pas à penser qu'il s'agit là d'un terrain défendu, qu'ils doivent l'explorer en se cachant de ceux qui devraient être leurs confidents et leurs conseillers, en se laissant guider par d'autres.

(1) Pierre Nobécourt. Sexualité et éducation. I. Education des garçons et des filles. *Gazette des Hôpitaux*, 1940, n°s 23-24.

Or, la *curiosité* est toute naturelle. Elle témoigne du désir qu'a l'enfant de s'instruire de tout ce qu'il découvre; elle n'est pas l'indice d'un esprit corrompu, ainsi que beaucoup de gens ont tendance à le penser.

Albert Mathieu (1) cite l'opinion du Cardinal Perraud, qui écrit :

« On ne peut prendre en mal cette curiosité. Il s'agit seulement de la satisfaire avec prudence et de la diriger sagement en prenant pour principes :

« 1° Que l'innocence ne consiste pas dans l'ignorance et que l'ignorance ne fait pas l'innocence, mais cause d'ordinaire le danger ;

« 2° Qu'il ne faut pas se débarrasser des questions par le mensonge, la plaisanterie ou le silence.

« Les parents et les maîtres, qui ne satisfont pas prudemment et comme il convient la curiosité des enfants, sont cause eux-mêmes que les enfants cherchent la science désirée à des sources où ils ne peuvent l'avoir prudente et appropriée. »

Il ne faut donc pas faire, à l'égard des enfants et des jeunes gens, un mystère des problèmes relatifs à la sexualité. On doit les initier et les instruire dans la mesure qui convient, en tenant compte de l'âge et plus de l'âge physiologique que de l'âge civil, de la mentalité et du sexe.

Certains préconisent un *enseignement didactique*, qu'on appelle *Education sexuelle*, qui aurait son programme, ses heures de cours, ses devoirs, ses interrogations. Il y a là, sans aucun doute, une exagération : la réalisation d'un tel enseignement paraît difficile, sinon impossible. Tout au plus peut-on concevoir des leçons en petit nombre données à des jeunes gens.

La plupart estiment que cette éducation, ou plutôt cette initiation doit être donnée incidemment, en tenant compte des circonstances, par les parents et les éducateurs, qu'*il ne peut s'agir d'un enseignement spécialisé.*

« Je ne crois pas, dit P. Malapert (2), qu'il soit nécessaire de faire un cours spécial sur ces matières... Il est bien entendu que c'est à l'occasion de n'importe quelle réflexion, de n'importe quel sujet et par petits paquets, que ces remarques doivent être présentées aux élèves ; il n'est pas nécessaire que tout cela soit dit à la suite, le même jour, bien au contraire. Tel des problèmes de la morale sexuelle se présente à l'esprit du professeur et des élèves à propos d'une lecture, d'une explication de texte, de n'importe quoi. Ces occasions-là, on en profite ; quelquefois on les fait naître. »

Le *Congrès international de propagande d'hygiène sociale, d'éducation sanitaire et morale,* tenu à Paris, du 24 au 27 mai 1923, a adopté, entre autres, la résolution suivante (3) : « L'éducation sexuelle ne doit pas être donnée comme matière distincte des programmes. Les connaissances diverses qu'elle comporte doivent se fondre dans les matières auxquelles elles appartiennent et s'amalgamer avec les notions corrélatives disséminées dans les programmes d'histoire naturelle, d'hygiène, prophylaxie et morale. »

L'éducation de la sexualité est basée sur la physiologie. Elle comprend deux parties : l'éducation de la *sexualité en général ;* l'éducation de la *fonction génésique*, qui en est l'épanouissement.

(1) Albert Mathieu. La question de l'éducation sexuelle des jeunes garçons (Leçon du 21 novembre 1908), in *Médecine et pédagogie.* Leçons professées à l'Ecole des hautes études sociales, recueillies et annotées par Louis Rougier. Félix Alcan. Paris 1910.

(2) P. Malapert. La morale sexuelle à l'école (Leçon du 7 janvier 1909), in *Médecine et Pédagogie.* Loc. cit.

(3) Citée par Sicard de Plauzoles. *Education sexuelle, génération connicale.* Editions médicales. Paris 1931.

ÉDUCATION DE LA SEXUALITÉ EN GÉNÉRAL

D'après la définition du mot sexualité, donnée dans mon précédent mémoire, l'*éducation de la sexualité* a pour objet d'exposer aux enfants et aux jeunes gens des notions relatives à l'existence des sexes, et aux transformations physiques, physiologiques, psychiques liées à la sexualité. L'*éducation de la fonction génésique* doit être traitée à part.

Initiation à l'existence des sexes

L'initiation à l'existence des sexes se fait tout naturellement dans la famille, par les parents et surtout par la mère.

Dès la troisième ou la quatrième années, l'enfant apprend qu'il est soit un garçon, soit une fille. Dans une famille où il y a plusieurs enfants le garçon remarque sa verge et ses bourses, constate que sa sœur ne possède pas ces attributs ; celle-ci fait la constatation inverse.

Il ne faut pas, comme les parents le font trop souvent, empêcher les enfants de faire leurs réflexions et de poser des questions à ce sujet. Ceux-ci n'y voient pas malice ; c'est une marque de la curiosité propre à cet âge et qui est nécessaire à la formation de leur esprit. Si on met obstacle à cette curiosité, on ne la supprime pas ; l'enfant prend l'habitude de garder pour lui ses pensées et cherche à se renseigner, mais en se cachant.

Au contraire, il faut profiter des circonstances pour inculquer la notion de sexe : « Tu es ainsi fait, parce que tu es un garçon,... parce que tu es une fille... » Plus tard on précise qu'il y a des hommes et des femmes, que le père est un homme, la mère une femme ; que, parmi les animaux, il y a des mâles et des femelles, des chiens et des chiennes, etc.

Il importe de bien faire pénétrer dans l'esprit des enfants l'existence des deux sexes ; le garçon doit savoir qu'il est un garçon, la fille qu'elle est une fille. Le plus tôt sera le mieux.

La différence dans le *vêtement* contribuera à ancrer cette notion dans l'esprit des enfants. « Le plus tôt possible, écrit Edouard Pichon (1), la fille sera mise en robe et ses vêtements agrémentés d'ornements. Le plus tôt possible aussi, le garçon devra être vêtu sobrement et tondu, et on lui apprendra à uriner debout. Les mères qui, pour de puériles préférences personnelles, laissent pendant des années de longues boucles à leurs fils et les traitent en filles risquent de leur nuire plus qu'elles ne le croient... »

Si l'enfant n'acquiert pas de bonne heure et d'une façon solide la conscience de son sexe, il peut en résulter, surtout pour le garçon, des conséquences fâcheuses du point de vue moral et affectif ; c'est parfois un facteur d'affections psychiatriques qui s'installeront dans la suite.

Au dire de Freud et des psychanalistes, la moyenne enfance est une étape importante de la sexualité ; elle mériterait d'être appelée le *stade génito-sexuel infantile*. Les enfants accepteraient difficilement d'avoir un sexe et d'être privés des attributs de l'autre ; le garçon serait fier de ses attributs virils, la fille humiliée de ne pas les posséder. A cette période de la vie naîtrait l'instinct sexuel, l'attirance d'un sexe vers l'autre, qu'on remarque entre les enfants et même à l'égard des parents ; ainsi naîtrait le *complexe d'Œdipe :* attachement particulier du garçon pour la mère, de la fille pour le père.

Il est certain que cette attirance sexuelle existe souvent. J'ai cité, à propos de la coéducation, des faits observés par Maria Dupont et par Léon Frappié à l'Ecole maternelle. Mais cette attirance est, le plus souvent vague, occasionnelle, peu tenace ; il faut tenir compte de l'influence du milieu et des exemples que l'enfant a sous les yeux ; pour beaucoup d'enfants, elle n'existe pas.

En tout cas, les parents et les éducateurs doivent rester dans une juste mesure et régler leur conduite vis-à-vis de l'enfant d'après son comportement individuel.

Le problème de la naissance

En même temps que l'enfant découvre la différence des sexes, il est curieux de savoir d'où viennent les enfants. Le *problème de la naissance* les préoccupe grandement et tout naturellement. L'activité intellectuelle, qui naît de bonne heure, « s'exprime, écrit Havelock Ellis (1) par un désir de connaître tous les actes élémentaires de la vie, y compris son aspect sexuel. Parmi ces désirs le premier et le plus universel de tous est de savoir d'où viennent les enfants. Aucune question n'est plus naturelle ; le problème des origines intéresse autant les philosophies enfantines que les philosophies adultes. »

Les parents ont tort de laisser penser aux enfants que la naissance est un événement mystérieux, dont on ne doit pas parler. Ou bien, ils ne répondent pas aux questions; ou bien, ils défendent de les poser; ou bien, ils donnent des explications fantaisistes. Celles-ci diffèrent suivant les pays : « Le bébé est trouvé sous un chou..., est apporté par une cigogne..., par le médecin ou la sage-femme, etc. etc. » Ces réponses ne satisfont pas longtemps l'enfant ; il continue d'enquêter et il reçoit souvent des réponses contradictoires de sa mère, de sa nourrice, d'une domestique, d'un enfant plus âgé. Il est dérouté, il perd confiance en sa mère, ne la croit plus, même quand elle dit la vérité.

Le mieux est de lui dire la vérité et il appartient à la mère de le renseigner. Aux questions simples et spontanées qu'il pose, elle doit répondre sur le même ton. Il ne s'agit pas, pour la mère, de lui donner des renseignements précis. « Sa tâche principale consiste à faire comprendre à l'enfant, écrit Havelock Ellis, comment il est relié à elle d'une façon intime et à lui montrer que tous les êtres sont liés de la même manière à leur mère. »

Un enfant remarque que le ventre de sa mère, ou d'une parente, d'une amie, grossit. Il ne faut pas lui dire qu'elle est malade, mais qu'elle attend un bébé, que celui-ci viendra au monde, comme il est venu lui-même, quand il sera assez fort.

S'il insiste et demande comment le bébé sortira du ventre, il est facile de lui répondre par l'exemple de la poule qui pond un œuf.

Au début, il n'est pas nécessaire de faire intervenir la notion du père. Mais on peut être amené à en parler. « Pourquoi maman va-t-elle avoir un bébé et Mlle X... n'en a-t-elle pas ? » — « Parce que, pour être une maman, il faut qu'il y ait un papa ; Mademoiselle X... n'étant pas mariée, il n'y a pas de papa. »

Il est certain que parfois la curiosité de l'enfant peut l'amener à poser des questions embarrassantes. Il faut essayer de toujours y répondre le mieux possible.

Dans les familles religieuses, on peut suivre le conseil, rapporté par Albert Mathieu, que donne le Cardinal Perraud. « Chaque enfant répète les paroles de l'*Ave Maria :* le fruit de ses entrailles est béni. On peut expliquer à un petit enfant la signification de ces paroles. On peut lui dire que le corps de l'enfant se forme dans le sein de sa mère et ne vient au monde qu'au prix de beaucoup de souffrances pour la mère, etc. »

L'enfant, élevé dans un milieu sain et convenablement éduqué, ne sera pas surpris de ces explications données avec le tact nécessaire. Il ne s'écriera pas, comme le gosse d'un dessin de Poulbot, qui montre du doigt une femme

(1) Edouard Pichon. *Le développement psychique de l'enfant et de l'adolescent.* Masson et Cie, Paris, 1936, p. 281.

(1) Havelock Ellis. *Etudes de psychologie sexuelle. VII. L'éducation sexuelle. Mercure de France*, Paris 1927.

enceinte ; « Ah ! ah ! on a fait des bêtises... » Les enfants élevés à la campagne savent très bien comment naissent les animaux et trouvent toute naturelle cette naissance.

Son désir de savoir satisfait, l'enfant ne se préoccupera plus du problème de la naissance jusqu'à l'âge où s'installe la fonction génésique.

S'il n'est pas renseigné, sa curiosité reste en éveil ; il cherche à s'instruire par tous les moyens. Il se forge des idées fausses qui pourront peser gravement sur son psychisme et être l'origine de psychopathies.

Somme toute, avant six ou sept ans, l'enfant doit savoir qu'il y a des garçons et des filles, des hommes et des femmes ; que les enfants se forment dans le ventre de leur mère, qu'il n'y a pas de maman sans qu'il y ait un papa. Eduqué ainsi, il n'en conservera pas moins sa candeur.

Passé cet âge, l'enfant risque d'être renseigné par d'autres personnes qui n'auraient pas le tact désirable, et il devient plus difficile de parler simplement et naturellement. « La mère, écrit Havelock Ellis, commence à se sentir mal à l'aise en parlant de sujets aussi complexes à un garçon ou à une fille qui sont presque aussi grands qu'elle. Elle sent qu'elle ne peut le faire qu'avec des réticences et en fin de compte préfère le plus souvent se taire. Ainsi se crée une atmosphère de mystère, avec tous les inconvénients et toutes les perversions que le mystère entraîne par définition. »

Enseignement scolaire

L'enfant préparé par l'initiation reçue dans la famille peut, à partir de six ou sept ans, recevoir un enseignement scolaire, qui accroit et précise, dans une certaine mesure, ses connaissances sur la sexualité.

Comme il a été dit ci-dessus, cet enseignement ne doit pas être spécialisé ; il ne saurait être l'objet d'un programme de leçons sur la sexualité. Il trouve sa place dans les cours d'*histoire naturelle*, botanique et zoologie, de *morale*, *d'hygiène ;* il importe que les problèmes relatifs à la sexualité y trouvent une place appropriée.

La botanique convient particulièrement pour exposer à des enfants de 7 à 12 ans les notions relatives à la différence des sexes, à la fécondation et à la reproduction. D'après Havelock Ellis, « il y a à cela deux raisons. En premier lieu, la botanique présente les faits de la reproduction sous la forme la plus sûre et la plus essentielle ; elle montre clairement la distinction, la fonction et la signification du sexe. En outre, en parlant de la reproduction des plantes, on peut exposer les faits sexuels aux enfants ouvertement et sans aucune restriction, car personne ne regarde ces faits chez les plantes comme impudiques. »

Mais il faut que cet enseignement soit attrayant. Ce qu'il faut enseigner à l'enfant, dit Pierre Régnier (1) « ce sont les lois de la vie végétale, source d'émerveillements joyeux, de distractions sans cesse renaissantes, c'est la plante vivante, en un mot ». On décrit la formation de la fleur, le pollen et l'ovule, tantôt réunis dans une même fleur, tantôt placés dans des fleurs différentes, les procédés par lesquels les grains de pollen gagnent l'ovule et le fécondent, la formation du fruit, la transformation de l'ovule en graine.

L'occasion se présente de dire, avec discrétion, que des phénomènes, de même ordre, existent dans tout le monde vivant, dans le règne animal comme dans le règne végétal. L'étude de la plante conduit tout naturellement à celle de l'animal.

La zoologie permet de faire un pas de plus dans l'étude de la sexualité. Avec la description des appareils, des organes et de leurs fonctions, on donne celle de l'appareil génital, qu'on place sur le même plan. On expose les caractères distinctifs des mâles et des femelles dans la série des espèces animales ; la taille, le poids, le plumage, le chant des oiseaux, le pelage, le cri, l'habitus et le comportement des mammifères sauvages et domestiques, les mamelles, la sécrétion du lait, l'allaitement. On décrit la formation de l'embryon dans l'œuf de la poule. On montre le fœtus dans l'utérus d'un mammifère. On prend l'animal nouveau-né et on suit les transformations qui le conduisent à l'âge adulte.

Il convient naturellement d'adapter cet enseignement à l'âge des élèves et certaines précisions ne devront être données qu'à partir de la puberté.

L'enseignement de l'hygiène doit réserver une place à l'éducation de la sexualité. Il est désirable que les enfants et les jeunes gens soient instruits des transformations que l'évolution sexuelle apporte à leur organisme, et principalement de celles qui se font pendant la puberté ; ignorants de la nature et de la signification de ces phénomènes, ils en sont profondément troublés.

Un enseignement didactique à ce sujet est évidemment délicat et demande beaucoup de tact. Il s'agit plutôt de causeries que de leçons véritables. Il faut tenir compte de l'âge et surtout de l'âge physiologique, du stade, de l'évolution physique et intellectuelle.

Les notions exposées seront différentes pour les garçons et les filles : il ne saurait être question de coéducation.

On s'adressera aux *filles* à partir de la treizième année, âge où apparaissent, en général, les premiers signes de la puberté. On parlera, par exemple, du développement des seins, de la glande mammaire, de la sécrétion lactée, de l'allaitement, de la menstruation, manifestation d'un phénomène qui permettra la maternité future, des soins d'hygiène qu'il convient de prendre, de la constitution de l'organisme féminin, etc. On montrera que ces transformations sont nécessaires pour que l'enfant devienne une jeune fille, puis une femme et une mère.

Pour les *garçons*, un enseignement de même ordre commencera dans la quinzième année, âge moyen du début de la puberté. Il sera plus difficile car les garçons ne présentent pas de manifestations comparables au grossissement des seins et à la menstruation. On montrera que les transformations de son organisme vont en faire un jeune homme, puis un homme et ont pour objet de lui permettre un jour la paternité.

Cet enseignement sera grandement facilité si, préalablement ou parallèlement, l'enfant est instruit, au jour le jour, des transformations qui se produisent dans son organisme. Les parents et surtout la mère, qui préside à la toilette, doivent saisir l'occasion de l'apparition des signes de la puberté pour lui donner des éclaircissements utiles.

Le médecin de famille où le médecin d'internat, qui devraient faire passer périodiquement aux enfants et aux jeunes gens une visite de santé, interviendront de la même façon. Il serait même utile que l'enseignement de l'hygiène, dont je viens de parler, ne fût donné à l'enfant que sur le vu d'un certificat médical constatant que son développement le rend apte à le recevoir.

L'enseignement de la morale doit réserver une place importante à la sexualité.

Il convient d'envisager deux ordres de faits.

D'une part, l'éducation morale doit envisager la *fonction génésique et les rapports intersexuels*. C'est cette partie de la morale qu'on appelle souvent *morale sexuelle*. J'en parlerai à propos de l'éducation de la fonction génésique.

D'autre part, l'éducation morale doit s'occuper de la *sexualité en général*, en laissant de côté la fonction génésique.

L'éducation de la sexualité, prise dans l'acceptation que j'ai précisée, ne demande pas de leçons spéciales. Elle

(1) Pierre Régnier. L'enseignement des questions de physiologie sexuelle (Leçon du 18 janvier 1909), in *Médecine et Pédagogie*, Loc. cit.

s'intègre dans l'éducation générale de la morale. Elle repose, dit P. Malapert, sur des « sentiments qui s'appellent le respect de soi-même et des autres, le souci de l'honneur et de la justice ». Elle se propose d'apprendre aux garçons et aux filles les responsabilités et les devoirs particuliers qui leur incombent, du fait des différences de leur nature, vis-à-vis d'eux-mêmes, de la famille, de la société.

J'ai déjà exposé, dans leurs grandes lignes, les directives d'un tel enseignement. Il doit être progressif et adapté à l'âge des élèves.

L'enseignement de la *morale individuelle* mettra en valeur les différences entre les aptitudes respectives des garçons et des filles et les conséquences pour la formation des caractères, les droits et les devoirs de chacun.

En traitant de la *morale familiale* ou *domestique*, on insistera sur les droits, et les devoirs, les rôles respectifs du père et de la mère, sur les rapports entre frères et sœurs, cousins et cousines. Le garçon apprendra à respecter sa mère et sa sœur et, tout naturellement, il étendra ce respect aux autres femmes et aux autres jeunes filles.

On enseignera que la loi naturelle veut, l'âge venu, l'union de l'homme et de la femme, pour assurer la perpétuité de l'espèce par la mise au monde de nouveaux êtres. On montrera que c'est une loi biologique à laquelle sont soumis tous les animaux.

Mais ce qui distingue l'homme de l'animal, c'est que, pour celui-ci, l'union se dénoue dès que les petits d'une portée sont capables de se suffire à eux-mêmes, tandis que pour celui-là, elle doit être définitive. En s'unissant par le mariage, l'homme et la femme forment une famille, et celle-ci est ou devrait être indissoluble.

La *famille* n'est définitivement constituée que par la naissance des enfants.

D'après la *déclaration des droits de la famille* faite par le *Congrès des associations familiales de France*, le 6 décembre 1919, « la famille, fondée sur le mariage, hiérarchiquement constituée sous l'autorité paternelle, a pour fin de transmettre, de développer, de perpétuer la vie humaine. »

Sans familles, il n'y a pas une société vraie ; il n'y a qu'une collection d'individualités et bientôt d'individualismes. « Une nation n'est pas une collection d'individus, écrit Edouard Herriot, c'est un groupement de familles. L'unité organique n'est pas l'individu, c'est la famille. » C'est pourquoi le *divorce*, qui détruit la famille, ne se justifie que dans des circonstances exceptionnelles. Les jeunes gens ne doivent pas se marier avec l'arrière-pensée de divorcer s'ils ne s'entendent pas.

L'union de l'homme et de la femme en dehors du mariage, l'*union libre*, même s'il naît des enfants, ne réalise pas la fondation d'une famille. Elle se dissocie facilement; les enfants sont abandonnés ou tombent à la charge d'un seul, généralement de la mère ; l'homme, oublieux de ses devoirs, disparaît.

A la famille est lié le problème de la natalité. L'affaiblissement de la conscience familiale est un des facteurs de la *dénatalité française* (1) et de la *dépopulation*, responsables, pour une large part, de la guerre de 1914-1918 et de la guerre de 1939.

Il faut, somme toute, convaincre les garçons et les filles qu'ils sont, du fait de leur sexualité, des êtres très différents, dont les attributions ne peuvent être les mêmes, qu'ils doivent non pas rivaliser, mais s'unir pour fonder une famille et avoir des enfants. Les hommes doivent aux femmes respect, aide, protection. « Les femmes, écrit Havelock Ellis (1), doivent exiger d'abord qu'on respecte leur féminité, en tant que mères. » Le père et la mère sont responsables de leurs enfants. Et Havelock Ellis ajoute : « Toute la moralité sexuelle, comme l'a dit avec raison Ellen Keg, tourne autour de l'enfant ».

L'enseignement de la *morale sociale*, enfin, doit exposer le rôle respectif de l'homme et de la femme dans la Société, du point de vue du travail, des droits, des devoirs. J'ai déjà traité ce sujet.

L'éducation de la sexualité pendant l'enfance, la puberté et la jeunesse prépare les jeunes gens à recevoir l'éducation de la fonction génésique, qui devient ainsi un aboutissement et non pas une révélation imprévue.

(*A suivre*).

(1) Pierre Nobécourt. La dénatalité française. *Revue des questions de défense nationale*, 1re année, T. I., n° 2, juin 1939. — *Gazette des Hôpitaux*, 24 juin 1939. — *Revue médico-sociale et de protection de l'enfance*, VII n° 4, juillet-août 1939.

(1) Havelock Ellis. Etudes de psychologie sexuelle. X. *La déroute des maladies vénériennes. La moralité sexuelle.* Traduit par A. Van Gennep. *Le Mercure de France*, Paris 1931.

UN CAS DE TUMEUR DU LOBE FRONTAL CONFIRMÉ PAR LA RADIOGRAPHIE

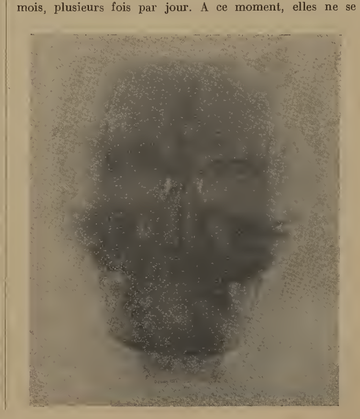
par les médecins commandants Fernand Lévy et Sourdeau

Il est connu que la radiographie permet quelquefois de diagnostiquer une tumeur cérébrale, voire de la localiser.

Nous en apportons un exemple net, l'épreuve ayant été faite à la demande de l'un de nous, faute de pouvoir procéder à une ventriculographie.

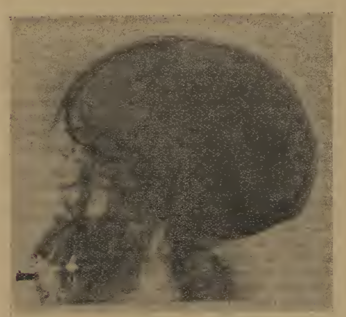
D... Clovis, mineur, âgé de 22 ans, a, depuis vingt-quatre mois, ce qu'on a appelé sur son billet d'entrée à l'hôpital, des « crampes nerveuses », se reproduisant plusieurs fois par jour.

La première crise a consisté en une légère douleur au poignet droit qui s'est mis en pronation avec flexion des doigts de la main. Des épisodes analogues revinrent, d'abord tous les huit jours, puis, au bout de quelques mois, plusieurs fois par jour. A ce moment, elles ne se



limitaient plus au poignet et à la main, mais s'étendaient au bras droit. Le malade éprouvait une sensation de broiement, et, une fois que la main s'était fermée, son avant-bras en pronation, le bras comme mû par un ressort, se relevait presque à 180°. La crise durait une à deux minutes. Ce n'est que, ces derniers temps, que l'accès s'est quelquefois terminé par une perte de conscience avec convulsions généralisées et morsure de la langue. Pendant l'accès, D... a la sensation qu'on lui tourne violemment et douloureusement chaque doigt dans l'ordre suivant : pouce, index, médius; puis il ressent ensuite les mêmes douleurs successivement dans tous les doigts de la main gauche, les phénomènes restant uniquement sensitifs à ce niveau.

Outre les souffrances et les contorsions du membre supérieur droit, le sujet éprouve une sensation de constriction à la gorge et a l'impression qu'il étouffe. Comme il le dit, « la respiration lui manque » et cette sorte de



dyspnée persiste après la crise, ainsi qu'un état de fatigue et de lassitude.

Les raptus surviennent plus souvent la nuit que dans la journée, leur nombre variant de trois à huit par nycthémère.

Ces crises déjà typiques par elles-mêmes, constituent le fonds du tableau clinique. D... reconnaît, si on l'interroge à ce sujet, avoir de petites céphalées tantôt occipitales, tantôt pariéto-temporales droites. Il n'a jamais eu ni vertiges, ni vomissements, et ne présente pas de bradycardie.

L'examen neurologique montre l'absence du signe de Romberg, un très léger tremblement vibratoire, sans adiadococinésie. Par contre, la force musculaire du membre supérieur droit est nettement diminuée, à la main, au poignet, aussi bien dans les systèmes d'extension que de flexion. Les réflexes tendineux sont vifs aux quatre membres, peut-être un peu plus à gauche ; il n'y a ni clonus, ni Babinski. Les réflexes crémastériens et abdominaux sont présents.

Aux yeux, on constate une forte mydriase avec conservation des réflexes lumineux, sans paralysie oculaire. L'examen du fond d'œil se révèle normal avec acuité visuelle de 10/10°. On observe des secousses nystagmiformes dans le regard à droite.

Aux oreilles, les tympans sont normaux, le Schwabach normal et le Weber latéralisé à gauche ; le Rinne s'est montré positif. L'épreuve de Barány à l'eau froide donne à l'oreille droite la persistance d'un nystagmus spontané dextrogyre, mais aussi l'apparition d'un nystagmus sinistrogyre. L'irrigation de l'oreille gauche met en évidence un nystagmus dextrogyre accentué. Il n'y a pas de manifestation vertigineuse. Rien de notable du côté de l'odorat.

Faute du matériel nous n'avons pu tenter une ventriculographie. La radiographie du crâne montre un foyer d'ombre se projetant au-dessus du sinus frontal gauche, visible dans les deux radiographies de face et de profil que nous apportons.

Nous avons demandé l'envoi du jeune patient à un centre de neuro-chirurgie, où des explorations et une intervention adéquate permettront de continuer cette observation interrompue.

Il est à signaler que le malade nie les excès de boissons et la syphilis. Les réactions sanguines de Bordet-Wassermann et de Kahn sont négatives. Nous n'avons point cru devoir faire de ponction lombaire, les symptômes nous semblant assez nets. Nous avons soumis le patient à des frictions mercurielles et à l'iodure de potassium, sans résultat bien net.

Cette observation intéressante à plusieurs points de vue appelle quelques remarques. En premier lieu, on est frappé du petit nombre de symptômes présentés par le malade. La crise d'épilepsie jacksonienne, en effet, compose à peu près tout le tableau. La céphalée est si minime que le malade a demandé de lui-même une occupation à l'hôpital. Il n'y a ni vertiges, ni vomissements, ni bradycardie. Il ne s'est pas manifesté jusqu'à présent d'œdème de la papille. Les troubles mentaux rencontrés parfois dans les tumeurs du lobe frontal font défaut, de même que la paralysie. Il faut cependant rappeler l'affaiblissement de la force musculaire de la main droite, sans atrophie des muscles.

La crise d'épilepsie jacksonienne de D... se passe toujours en deux actes, sans signal-symptôme, quelquefois en trois. Dans une première phase, troubles moteurs et sensitifs du membre supérieur gauche ; dans une deuxième phase, troubles uniquement sensitifs ou localisés à la main gauche. La troisième phase, très rare, est celle de la crise d'épilepsie généralisée.

A propos des constituants sensitifs de l'accès, si l'on comprend aisément les phénomènes douloureux du membre supérieur droit accompagnant les contractions musculaires, il est moins facile d'expliquer les douleurs qui surviennent ensuite à la main gauche touchant successivement tous les doigts à partir du pouce. Pourquoi cette succession des crises à droite et à gauche ? Y a-t-il des relations sensitives interhémisphériques directes qui transmettent l'ébranlement douloureux de l'hémisphère gauche à l'hémisphère droit ? La réflexion se fait-elle par la couche optique ? La double et successive douleur se canalise-t-elle dans le ruban de Reil gauche dont les fibres entrecroisées expliquent les algies de la main droite, dont les fibres directes doivent causer les douleurs de la main gauche ?

Il faut noter enfin que l'élément moteur de la crise est uniquement *tonique*, et réduit à ce seul phénomène, sans jamais devenir clonique. L'irritation épileptogène reste donc sous-corticale. Cela concorde avec les données de la radiographie, et nous insistons pour terminer sur la rareté avec laquelle elle fournit des documents en matière de tumeur cérébrale.

Publication autorisée sous le n° 57 S/C le 28 déc. 1939.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

A PROPOS DE L'APPENDICITE CHRONIQUE

Par L. Babonneix
Membre de l'Académie de Médecine

En mars dernier, dans un article publié par le *Concours médical* (1) et intitulé : *Le diagnostic de l'appendicite. aiguë chez l'enfant*, nous soutenions que, dans la majorité des cas, l'appendicite aiguë succède à une appendicite chronique : si l'on reconnaît celle-ci à ses troubles digestifs, d'ailleurs variés, et à l'existence de douleurs abdominales spontanées, et si on opère à temps, on évite des catastrophes, dont on ne voit encore, hélas, que trop d'exemples.

L'article paru, nous avons reçu nombre de lettres émanant de confrères et nous disant (nous avions mis en exergue la phrase de Bossuet : « Il me semble que je voy « encore tomber cette fleur ») : « Cette fleur, c'était ma « fille : elle est morte en quelques heures, d'appendicite « perforante, après avoir, pendant des années souffert de « troubles digestifs dont la signification avait été mécon- « nue. » A ces approbations émouvantes se mêlaient, comme toujours, quelques critiques, formulées, d'ailleurs, avec une parfaite courtoisie. M. Mélamet, rendant compte de notre article, faisait observer que notre opinion n'était pas admise par tous les auteurs. Il est certain, en effet, que des spécialistes de la valeur de M. Marcel Brûlé ont, à diverses reprises, et en particulier dans un article de la *Presse Médicale* (12 novembre 1924, n° 91, p. 893-895), soutenu que l'appendicite aiguë est, le plus souvent, primitive. Question qu'il convient de trancher dans un sens ou dans l'autre. La conception de M. Brûlé est-elle fondée? Inutile d'opérer à tort et à travers des gens que l'on aurait pu guérir par un traitement médical et par un régime approprié. Est-ce, au contraire, la nôtre (que nous ont enseignée nos maîtres Hutinel, Jalaguier et Letulle), ne concernant, à vrai dire, que des enfants, qui doit triompher? Il faut « employer toute notre puissance de persua- « sion, toutes nos *énergies spirituelles* à convaincre les « parents que tout enfant qui souffre du ventre doit être, « sans retard, opéré ». C'est ce qui donne tant de prix au travail, mi-clinique, mi-radiologique, qu'ont présenté en juillet, à la *Société médicale des Hôpitaux*, MM. P. Brodin et Aubin.

Pour ces auteurs (2), il est exceptionnel « qu'une crise « aiguë survienne sur un appendice entièrement sain « jusque-là. Dans la grande majorité des cas, la crise « d'appendicite n'est qu'une poussée aiguë survenant sur « un appendice déjà malade, et chroniquement enflammé « depuis des mois et souvent des années. Le problème « consiste donc dans le diagnostic de l'appendicite chro- « nique, affection indiscutable, et cependant souvent « méconnue, contestée même encore par quelques méde- « cins ».

Il y aurait donc lieu de faire, au plus tôt, le diagnostic : il est malheureusement très difficile, et ce, pour trois raisons principales :

(1) L. Babonneix. Le diagnostic de l'appendicite aiguë chez l'enfant. *Le Concours médical*, 11 *bis*, 15 mars 1939, p. 764-768.

(2) P. Brodin et A. Aubin. L'appendicite chronique. Son diagnostic. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du 7 juillet 1939, n° 24, 17 juillet 1939, p. 1149-1153.

Tout d'abord, il est rare que le malade attire l'attention sur la région appendiculaire parce qu'il souffre de cette région. Dans la majorité des cas, l'affection se révèle seulement par un retentissement à distance et détermine des perturbations gastriques, hépatiques ou intestinales dont il faut chercher la cause.

En second lieu, pour nombre de médecins, douleur iliaque droite constatée à la pression de cette région, le malade étant mis en décubitus dorsal = appendicite chronique. « Or, une douleur iliaque n'est nullement synonyme d'appendicite. En dehors des douleurs rénales ou ovariennes qui constituent des causes d'erreur fréquentes, l'engorgement cœcal douloureux existe en dehors de l'appendicite et s'observe dans les ptoses intestinales avec constipation droite, dans les inflammations de l'intestin et surtout dans les cholécystites avec retentissement sur le côlon droit ».

Inversement, « il est des cas assez nombreux d'appendicite chronique dans lesquels la simple palpation en décubitus dorsal ne détermine aucune douleur ». Aussi cet examen doit-il toujours être complété, disent MM. Brodin et Aubin, par :

1° La *palpation en position verticale*, qui permet tout d'abord de constater que le point douloureux constaté sur le malade couché s'observe dans la position debout (Brodin, Laroche et Ronneaux) ; elle détermine surtout une douleur beaucoup plus nette que la palpation sur le malade couché, douleur aiguë très limitée, entraînant un mouvement de défense avec flexion du corps en avant, parfois assez intense pour déterminer une tendance à la syncope. Il est vrai que cette douleur peut manquer, d'où

2° *l'étude de la traversée digestive*, sur laquelle, déjà, M. P. Brodin avait insisté, dès 1926, avec Mme Tedesco.

Ainsi que l'a montré Basset, les lymphatiques de la portion terminale du côlon droit et de l'iléon remontent le long des vaisseaux mésentériques et croisent la troisième partie du duodénum. Leur inflammation produit donc : 1° une compression mécanique de cette troisième portion ; 2° un spasme réflexe. Aussi, lorsque la bouillie barytée passe dans le duodénum, au lieu de la franchir rapidement, elle s'arrête longuement à son genu inférieur, c'est-à-dire à la jonction des deuxième et troisième portions, d'où, en cet endroit, dilatation, brassage, et, le plus souvent, mouvements antipéristaltiques très accentués avec réflexe sur le bulbe et mouvement de va-et-vient dans la deuxième portion.

Sans doute, certaines lésions du voisinage : cancer, ulcère, cholécystite, péritonite tuberculeuse, peuvent-elles, par l'intermédiaire d'adhérences, arrêter le transit au genu inférieur, mais ces causes sont assez rares pour ne rien enlever de sa valeur à cet arrêt, qui, associé à la douleur cœcale en position verticale, constitue un signe excellent d'appendicite chronique, comme le prouvent les statistiques apportées par les auteurs. Chez tous ceux de leurs malades qu'ils avaient poussés à l'opération après avoir constaté, sur eux, ces symptômes, ils ont trouvé l'appendice nettement malade : lésions congestives et inflammatoires, et, en plus, adhérences d'importance et de localisation diverses, qui aboutissaient souvent à la production de brides engaînant complètement l'organe, le fixant en position anormale, comprimant parfois le grêle. Fréquemment existent des ganglions enflammés. 90 % de leurs opérés ont complètement guéri, et, chez ceux d'entre eux qu'il a été possible de revoir à l'écran, l'arrêt de la bouillie au genu inférieur n'existait plus.

10 % d'entre eux ont conservé des malaises variés, liés, comme l'a montré une analyse soignée, non à des lésions iléo-cœcales, mais à des retentissements à distance, quelquefois, chez la femme, à des lésions génitales. Il est donc indispensable, en présence d'une appendicite chronique, d'examiner avec soin l'état de la région pyloro-duodénale

et de la vésicule, non que les altérations de ces zones contre-indiquent l'opération, mais parce qu'elles commandent, chez le malade, une surveillance attentive et un régime approprié.

La coexistence de lésions tuberculeuses doit aussi être recherchée avec le plus grand soin, car elle nécessite, d'une part, l'anesthésie locale, de l'autre, des soins particulièrement minutieux pendant la période post-opératoire et tout le temps de la convalescence.

La plupart des malades qui se sont fait opérer à chaud continuent à souffrir, fait qu'expliquent et la position anormale de l'organe et l'existence d'adhérences entraînant la persistance de l'infection et transformant une infection aiguë accidentelle en une lésion durable, que, seule, peut faire disparaître l'intervention, qui, pratiquée à chaud et sur un appendice adhérent, rétrocæcal, présente une gravité spéciale.

En résumé, pour les auteurs, l'appendicite chronique est bien une réalité, liée, le plus souvent, à une situation anormale de l'appendice, entraînant la persistance de l'infection de sa cavité. La plupart des drames appendiculaires pourraient être évités si l'on avait songé à rechercher, chez eux, la douleur déterminée par la palpation en position verticale, associée à l'étude de la traversée digestive, montrant un arrêt de la bouillie barytée au genu inférieur, et à proposer, en se fondant sur ces constatations, une opération précoce.

CONGRÈS

UNION INTERNATIONALE DE THÉRAPEUTIQUE (1)

Paris, 18 mars 1940

(Fin.)

RÉSUMÉ DES RAPPORTS

Le benzène, agent leucolytique, par M. Ch. Aubertin (de Paris). — La chimiothérapie leucolytique est presque uniquement représentée par le benzène, substance qui, sinon sous sa forme pure (benzène) du moins sous sa forme brute (benzol) compte en réalité plus de méfaits que de bienfaits et plus de morts que de guérisons.

La découverte de l'action leucolytique du benzol (purpura hémorragique mortel des ouvriers manipulant cette substance) a été suivie presque aussitôt de l'étude expérimentale de son action sur le sang ; c'est surtout cette étude qui a montré son action destructive des leucocytes, action due au benzène lui-même et non aux impuretés du benzol, action produisant à certaines doses, une leucolyse presque pure sans destruction des hématies ni des plaquettes.

C'est le benzène pur, à la dose purement leucolytique, qui a été employé, avec un plein succès, dans le traitement leucémies depuis 1912. Aux doses de 60 à 200 gouttes par jour, données par périodes de dix à quinze jours, avec arrêts de cinq à sept jours, il produit une baisse des leucocytes, une diminution du pourcentage et du chiffre absolu des formes anormales, une diminution du volume de la rate et des ganglions, le tout sans diminution des hématies ou même avec augmentation de ces éléments. Une guérison apparente, analogue à celle produite par la radiothérapie peut être ainsi obtenue, guérison toujours temporaire et toujours suivie de rechute, la différence avec la radiothérapie, du moins avec la radiothérapie localisée, est que avec certaines doses les globules rouges peuvent, eux aussi, être détruits, et que, avec des doses encore plus fortes des phénomènes hémorragiques peuvent apparaître, d'où la nécessité de surveiller hématologiquement le traitement de beaucoup plus près qu'avec la radiothérapie, pour guetter les premiers indices de l'action érythrolytique du benzène. Cette action érythrolytique se voit souvent chez les ouvriers manipulant le benzol, sous forme d'anémie chronique soit légère, soit grave, bien différente de l'intoxication aiguë qui se traduit par du purpura hémorragique.

Cette forme chronique, dans laquelle, cliniquement l'anémie domine, est en réalité toujours accompagnée de leucolyse, c'est-à-dire de granulopénie plus ou moins importante. Sa résistance de l'hépatothérapie est presque absolue; seules, les transfusions répétées peuvent guérir : encore n'agissent-elles qu'avec une grande lenteur.

L'action des rayons X sur les globules blancs, d'après l'expérimentation et la clinique, par MM. P. Cottenot et A. Liquier. — L'action des rayons X sur les globules blancs est démontrée, d'une part, par l'expérimentation sur l'animal, et, d'autre part, cliniquement par le traitement des leucémies et par les modifications sanguines observées chez les malades irradiés et chez les médecins radiologistes.

I. — Expérimentation. — L'irradiation produit des lésions des organes lymphoïdes, caractérisées par leur précocité, la nécrobiose étendue et la réparation rapide.

Sur le tissu myéloïde, on trouve soit de l'hyperplasie, soit une désintégration cellulaire avec dépeuplement de la moelle suivant qu'on emploie de faibles doses ou de fortes doses de rayons X.

L'examen du sang circulant montre successivement une leucopénie immédiate, une hyperleucocytose, une leucopénie progressive ; puis soit l'accentuation de la leucopénie jusqu'à la mort, soit la réparation et le retour à la normale, suivant que l'on continue ou que l'on cesse les irradiations.

La formule leucocytaire varie à chacune de ces phases : l'hyperleucocytose s'accompagne de polynucléose avec lymphopénie relative ; la leucopénie consiste en une diminution globale, mais portant surtout sur les lymphocytes.

Le mécanisme de ces variations leucocytaires a été discuté. La leucopénie précoce est un phénomène de choc. La leucocytose est due à l'émigration des leucocytes. Quant à la radioleucopénie progressive, elle serait due à une destruction globulaire dans le sang circulant, pour les uns, dans les organes hématopoïétiques pour les autres. C'est cette dernière hypothèse de la destruction des éléments jeunes dans les tissus hématopoïétiques qui paraît démontrée par les expériences les plus récentes, destruction directe ou par l'intermédiaire des substances toxiques produites dans le sang par les rayons X.

II. — Clinique. — a) *Le sang des médecins radiologistes* et de leurs aides présente, en raison des petites doses de radiations auxquelles ils sont quotidiennement exposés des modifications consistant le plus souvent en une certaine leucopénie avec diminution relative des polynucléaires. On peut trouver également une hyperleucocytose passagère ou permanente. Celle-ci peut évoluer vers la leucémie, et l'on en a observé d'assez nombreux cas : leucémie myéloïde et plus rarement lymphoïde.

b) *Chez les malades soumis à la radiothérapie anticancéreuse*, on peut observer, comme chez les animaux en expérience, une leucocytose immédiate suivie de leucopénie progressive, puis de réparation.

c) *La radiothérapie de la leucémie myéloïde* entraîne la diminution du nombre des leucocytes au voisinage de la normale, soit rapidement, soit après une phase de leucocytose plus ou moins marquée, suivant qu'on fait agir des

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux*, n°s 25-26, p. 242.

doses fortes ou faibles. Les formes jeunes diminuent et finissent même par disparaître, les lymphocytes diminuent et les polynucléaires restent les plus nombreux.

d) *Dans la leucémie lymphoïde*, l'évolution est la même, la chute leucocytaire est souvent énorme et rapide et atteint surtout les lymphocytes, mais cependant la prédominance normale des polynucléaires n'est pas complètement rétablie.

Quelle que soit la variété de leucémie, les rechutes sont de moins en moins sensibles à l'action de la radiothérapie.

e) *Au cours des traitements de téléræntgenthérapie totale*, les petites doses répétées de rayons X entraînent également une leucopénie qui doit être surveillée de très près.

III. — Technique des irradiations. — La chûte globulaire est fonction de la dose de rayons X absorbée. Elle dépend donc de la dose cutanée, du voltage, de la distance focale et de l'étendue du volume irradié. Elle dépend, en outre, du fonctionnement de la dose et de la fréquence des irradiations. Pratiquement, on intervient dans les leucémies par irradiations locales, régionales, et par téléræntgenthérapie totale à 2 mètres ou à 3 m. 50.

IV. — Indications de la radiothérapie dans le traitement des leucémies. — La leucémie aiguë n'est pas justiciable de la radiothérapie qui ne peut qu'exagérer l'anémie et hâter l'évolution.

Dans la leucémie myéloïde, la radiothérapie est immédiatement indiquée, soit sous forme d'irradiations locales de la rate et de la moelle osseuse, soit sous forme de téléræntgenthérapie totale. Les deux méthodes seront souvent associées, la prédominance étant accordée à l'une ou à l'autre, selon la prédominance des signes locaux ou généraux. Chez le vieillard, les irradiations seront très discrètes. Certaines formes, telles que la forme spléno-adénique et la forme sans splénomégalie commandent des techniques particulières.

Dans la leucémie lymphoïde, l'action de la radiothérapie est à juste titre plus discutée et ses résultats sont moins brillants et moins durables. Les interventions doivent être discrètes et espacées, surtout chez le vieillard.

La leucémie à monocytes donne de beaux résultats avec des techniques variées.

Les cryptoleucémies seront traités comme des leucémies, en agissant sur les lésions apparentes, sous le contrôle des myélogrammes.

Association de la Presse Médicale française.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 11 MARS 1940

Inoculation pulmonaire des virus typhiques et boutonneux. — M. Paul Durand et Mlle Hélène Sparrow.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 13 MARS 1940

Résection diaphysaire pour ostéomyélite. — Pseudarthrose traitée par l'opération de Hahn Hutington. — M. Nedelec (d'Angers). — A propos de cette observation, M. Leveuf fait remarquer que les résections à froid de la diaphyse donnent des membres ballants. En cas de perte de substance, M. Leveuf préfère la greffe d'Albec à l'opération de Hahn Hutington.

A propos de la communication de M. Heitz-Boyer. — M. Chevrier. — Il faut conserver aux mots leur sens habituel. C'est une expression inexacte de parler de curage ou d'épluchage au bistouri électrique.

Evolution des idées sur les états de choc depuis 1918. — MM. Jeanneney et Justin Besançon. — Le choc est un effondrement vasomoteur et thermique. C'est au début, avant l'établissement du collapsus, qu'il faut lutter ; il est plus facile d'empêcher le collapsus que de le remonter. Au début, il faut administrer analeptiques cardio-respiratoires (coramine, etc.) et vasculaires (éphédrine, etc.). Chez le brûlé, on fera un traitement local pour empêcher la résorption de produits de désintégration. Il faut réhydrater le blessé, donner du sérum hypertonique, diminuer la douleur par l'anesthésie loco-régionale. Quand le choc est installer, il faut réhydrater le malade, le réchauffer par tous les moyens, le soutenir par les analeptiques cardio-respiratoires et vasculaires, lutter contre l'acidose et utiliser avec à-propos les transfusions.

M. Leveuf. — Les accidents du choc sont dus à un réflexe nerveux supprimé. On constate un gros œdème des centres nerveux chez les blessés morts de choc.

M. Leveuf propose comme traitement du choc une anesthésie épidurale, un traitement médical, une excision chirurgicale, une injection intraveineuse de 40 centimètres cubes de sulfate de magnésie à 15 %.

M. Léon Binet. — Il y a des chocs d'origine hémorragique, nerveuse, toxémique. M. Binet dans des expériences sur des chiens saignés considérablement a obtenu d'appréciables survies par injection de sérum salé, bicarbonaté et oxygéné. L'adjonction d'un quart de sang permet une survie prolongée.

M. Lambret. — Il faut connaître le mécanisme du choc. Le choc a une origine neurovégétative qui agit rapidement, une origine toxique qui agit secondairement. Il se produit une hyper puis une hypotension, une hyperglycémie, puis une insulinémie, une hypochlorémie qui aboutit à une diminution de la réserve alcaline et du pH et à une acidose aiguë, une anoxémie qui provoque des signes cérébraux. Il est inutile de donner des tonicardiaques.

Il faut faire des transfusions, injecter du sérum hypertonique salé ou glucosé, de l'insuline.

M. Jeanneney. — M. Binet a décrit un collapsus hémorragique et non un choc. Ce ne sont pas les mêmes problèmes qui sont posés par ces deux cas.

Pieds gelés. Novocaïnisation du sympathique lombaire. — M. Soupault a eu de bons résultats thérapeutiques. Il note que des examens systématiques neurologiques pratiqués par M. Barré ont montré des signes pyramidaux et une certaine dissociation syringomyélique de la sensibilité.

SOCIETE DE BIOLOGIE

SÉANCE DU 16 MARS 1940

Variations sexuelles du cortex et de la médullo-surrénale (variations pondérales et taux de l'acide ascorbique). — MM. A. Giroud et N. Santa montrent que la surrénale présente de manifestes variations visibles, surtout anatomiquement. Chez le mâle, il y a un développement tout spécial de la médullaire ; chez le castrat, comme d'autres l'avaient déjà signalé, il y a un développement manifeste du cortex. Dans les deux cas, ces faits anatomiques doivent être en rapport avec le comportement physiologique distinct.

Valeur endocrine des corps interrénaux des sélaciens. Présence de l'hormone corticale, type corticostérone. — M. N. Santa a étudié la signification physiologique des corps interrénaux des sélaciens. D'une part, il n'y a pas d'adrénaline dans les cellules interrénales (à valeur corticale), et vraisemblablement l'adrénaline n'y prend pas


ÉPHÉDRINE
HOUDÉ
GRANULES
TITRÉS
A 1 ctgr,
Stimulant du système sympathique
ASTHME
RHUME DES FOINS
HYPOTONIE
Chaque granule est exactement
titré à 1 centigr. de chlorhydrate
d'Ephédrine
PRODUIT PUR - NATUREL
NON SYNTHÉTIQUE
Administration simple,
pratique, faible toxicité
DOSES :
Curative : 5 à 15 centigr. par
jour, en débutant par une
dose faible (2 à 5 centigr.)
D'entretien : 5 cent. tous les
2 ou 3 jours (le matin)
Échantillons sur
demande et franco
60 GRANULES TITRÉS
à 1 centigramme de chlorhydrate
ÉPHÉDRINE HOUDÉ
LAURÉAT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(PRIX ORFILA)
DERUFFE
VENTE EN GROS
Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

naissance. D'autre part, un nouveau test (mis au point avec Mlle C. Veil sur les chromatophores des poissons) montre que ces cellules sont physiologiquement identiques aux cellules corticales des mammifères et qu'elles secrètent de l'hormone corticale.

Caractères biochimiques de streptocoques isolés de plaies de guerre. — MM. Jean Levaditi et J. Giuntini ont constaté que les caractères biochimiques de 12 souches de streptocoques isolés de 12 plaies de guerre les font différer des types fixés dans la classification de Bergey. Cependant, il est possible d'affirmer que 11 d'entre elles sont du type *streptococcus pyogène ;* une seule, un entérocoque est du type *streptococcus fœcalis.* Si les souches prélevées assez tôt après la blessure sont gélatinolytiques, les souches isolées plus tard ne possèdent pas ce caractère.

Variations biologiques des souches de streptocoques isolées à partir de plaies de guerre soumises à l'action des dérivés sulfamidés. — MM. Jean Levaditi et J. Giuntini ont constaté qu'au cours de l'évolution des plaies de guerre « chimiorésistantes » soumises à l'action prolongée des dérivés sulfamidés, les souches de streptocoques isolées successivement ne diffèrent des souches primitives qu'en ce qui concerne la perte passagère du pouvoir gélatinolytique, et la disparition ou l'atténuation de leur virulence à l'égard de la souris, sans qu'on soit conduit à relier ces deux phénomènes.

Il est cependant impossible de préciser si les variations de la virulence constatées après traitement chimiothérapique sont dues exclusivement à cette médication ou plutôt à une association entre l'activité médicamenteuse et l'augmentation des défenses de l'organisme suite d'une immunité antistreptococcique acquise.

Etude comparée de l'atropine et de l'α phénylvalérate du diéthylamino-éthanol (Propivane) sur la sécrétion gastrique du chien. — M. B. Halpern montre la différence d'action de l'atropine et du propivane, spasmolityque synthétique sur la sécrétion gastrique. Alors que l'atropine à la dose spasmolityque supprime en même temps mobilité et sécrétion, l'ester d'amino-alcool synthétique respecte la fonction sécrétoire. Ceci constitue encore un exemple de l'action dissociée du spasmolytique synthétique sur les diverses fonctions végétatives dépendant du système nerveux parasympathique.

Histamine et pression intrapleurale. — MM. J. Troisier et M. Bariéty et Mlle D. Kohler étudient l'action de doses très variées d'histamine sur la pression intrapleurale, la pression artérielle et la respiration du chien chloralosé. Des quantités minimes d'histamine, un peu plus élevées toutefois que les doses liminaires actives sur la pression artérielle, provoquent une très légère et très courte diminution de la pression intrapleurale. Des doses moyennes produisent une chute notable, mais encore brève, de la même pression ; cependant, si l'on répète les injections, cette diminution dure beaucoup plus longtemps. De très fortes doses donnent lieu à une augmentation de la pression intrapleurale, précédant généralement la phase de diminution.

INFORMATIONS

(suite de la page 258)

comme étant qualifiés pour faire suivre un traitement à un malade dans le cas prévu au paragraphe 3 de l'article 10 précité du décret du 29 novembre 1939 comprenant dans chaque département tous les médecins qui ont demandé leur inscription sur cette liste, à l'exclusion de ceux que le préfet aura écartés sur le rapport de l'inspecteur départemental d'hygiène et après avis de l'organisation professionnelle la plus représentative des médecins du département où ils exercent leur profession.

Le titre II est consacré aux dispositions spéciales aux médicaments spécifiques.

Le titre III comprend les dispositions spéciales aux laboratoires.

Attestation médicale de maternité. — Le *Journal Officiel* du 28 mars publie le décret suivant en date du 20 mars 1940 :

Article premier. — Toute femme enceinte peut demander la délivrance d'une attestation médicale de maternité quatre mois au plus tard avant la date présumée de l'accouchement.

L'attestation est conforme à un modèle arrêté par le ministre de la Santé Publique. Sa validité est fixée à neuf mois ; elle pourra être subordonnée, par le minsitre de la Santé Publique, à la fréquentation des consultations prénatales.

Les frais de revient de la carte sont à la charge soit de la personne la demandant, soit du service de la protection de la maternité et de l'enfance.

Pendant les quatre mois qui suivront la publication du présent décret, toute femme justifiant de la constatation médicale de sa grossesse pourra demander la délivrance de l'attestation médicale de maternité.

Art. 2. — L'attestation médicale de maternité sera délivrée après un examen médical général, soit par le service départemental de la protection de la maternité et de l'enfance, les organismes privés concourant à ce service ou agréés par lui, soit par les docteurs en médecine.

Ne peuvent toutefois délivrer l'attestation pendant la durée de la sanction les frappant, les docteurs en médecine qui auraient été l'objet, soit de l'exclusion du droit de donner leurs soins aux assurés sociaux ou aux victimes d'accidents du travail, soit d'un licenciement, d'une suspension ou d'une révocation de la part d'un service administration, soit de l'interdiction de délivrer ladite attestation par décision prise par le ministre de la Santé Publique après avis du conseil de famille départemental.

La signature du docteur en médecine ayant délivré l'attestation médicale de maternité sera authentifiée, soit par le chef du service départemental de la protection de la maternité et de l'enfance ou son délégué, soit par le commissaire de police ou le maire du lieu de sa résidence.

Art. 3. — Des carnets à souche contenant les attestations sont remis aux organismes ou personnes pouvant les délivrer, par les soins du service départemental de la protection de la maternité et de l'enfance, et du syndicat départemental des médecins.

Ces organismes assurent le contrôle de la délivrance des attestations médicales de maternité, notamment par l'examen des souches des carnets. Ils peuvent éventuellement proposer au ministre de la Santé Publique l'exclusion du droit de délivrer les attestations.

Art. 4. — L'attestation médicale de maternité constitue un laissez-passer qui donne notamment un droit de priorité dans les divers moyens de transports publics et pour l'accès à tous les services en relation directe avec le public.

Art. 5. — Les titulaires de l'attestation médicale de maternité dont la grossesse a été interrompue ou qui ont lieu de soupçonner une interruption de grossesse, devront se faire examiner, dans un délai de quatre jours, par un médecin spécialiste accrédité par le service départemental de la protection de la maternité et de l'enfance.

L'absence de certificat dans le délai ci-dessus entraîne le retrait de la carte.

Art. 6. — Le ministre de la Santé Publique est chargé de l'exécution du présent décret.

NÉCROLOGIE

Edouard Branly (1846-1940)

Au cours des émouvantes obsèques nationales que la France, malgré la guerre, vient de faire à Branly, M. le Ministre de l'Education nationale a retracé en termes excellents la vie et la carrière du génial savant. Il a rappelé ses études à Henri-IV, son passage à l'Ecole normale supérieure, les années consacrées à l'enseignement au lycée de Bourges, puis à Rollin, à la Sorbonne, enfin à l'Institut catholique, où Branly devait, avec des moyens infiniment réduits, faire la découverte qui a révolutionné le monde.

M. Albert Sarraut, en parlant de l'invention du cohéreur à limaille d'où est née la T. S. F., n'a pas manqué de rappeler que Marconi, dans un geste chevaleresque d'une élégance bien latine rendit une pleine justice à Branly en lui adressant le premier message transmis par les ondes.

Cet hommage du grand savant italien montre mieux que tout autre l'admiration que les travaux de Branly ont suscité dans le monde. Le ministre a bien fait de le rappeler.

C'est le vrai visage de la France qu'il donnait en exemple en retraçant la vie du savant, toute de labeur, de modestie, de désintéressement et de foi dans un monde meilleur ? La gloire impérissable qui s'attache au nom de Branly, tous les Français ont le droit d'en être fiers, les médecins en particulier. Pendant plusieurs années, Edouard Branly exerça en effet la médecine tout en poursuivant ses mémorables recherches de laboratoire. Sa thèse de doctorat soutenue en 1882 était consacrée au *dosage de l'hémoglobine dans le sang par les procédés optiques*. Il avait publié, d'ailleurs, la même année, une « démonstration de l'identité de la matière colorante des hémoglobines des différents vertébrés ».

J'ai connu des clients de Branly. Ils avaient pour lui l'attachement, le respect et la reconnaissance que les malades avaient autrefois pour le médecin de famille. C'est que dans la pratique médicale, comme dans la recherche pure, Branly apportait la même passion ; il s'efforçait de faire le bien sans chercher d'autre récompense que celle que lui faisait espérer sa foi de croyant.

F. L. S.

Nous avons le douloureux regret d'annoncer la mort, à l'âge de 92 ans, de Mme E. Le Sourd, née Galimard, veuve du Dr E. Le Sourd, directeur de la *Gazette des Hôpitaux* de 1864 à 1899. Ses obsèques ont eu lieu dans l'intimité à Vals-les-Bains.

Mme E. Le Sourd était la mère de notre directeur, le Dr François Le Sourd, du Dr Louis Le Sourd, de M. René Le Sourd et du général de division Georges Le Sourd.

Nous apprenons la mort subite du grand clinicien italien le professeur Edoardo Maragliano.

— Le Dr J. Bengué, créateur de la grande maison de spécialités qui portait son nom, décédé à Monte-Carlo.

— Le Dr Veil (de Lyon).

QUESTIONS MILITAIRES

M. Georges Pézières, sénateur, demande à M. le Ministre de la Défense Nationale et de la Guerre de combien d'inscriptions validées doit être titulaire un étudiant en médecine pour être utilisé comme médecin auxiliaire (*question du 1er mars 1940*).

Réponse. — 12 inscriptions validées en temps de paix, 8 inscriptions validées pendant la durée des hostilités.

(*J. O.*, 22 mars 1940).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

Mardi 2 avril. — Jury : MM. Jeannin, Laignel-Lavastine, Chevassu, Mauclaire. — M. Bourdon. Quelques préjugés en obstétrique. — M. Cywje. Contribution à l'étude du « délire à deux ». — M. Nansot. Les accidents mortels consécutifs à la ponction lombaire. — M. Fontaine. L'ectopie rénale croisée.

Mercredi 3 avril. — Jury : MM. Lemierre, Rouvière, Aubertin, H. Bénard. — M. Nguyen-Ngoc-Cung. Contribution à l'étude de la forme méningée pure de la spirochétose utéro-hémorragique. — Mlle Léonard. Les brucelloses en Normandie. — M. Delestre. Les travaux anatomiques à travers les âges.

Jeudi 4 avril. — Jury : MM. Tanon, Villaret, Mocquot, Gastinel. — Mme Siegler. Sur quelques cas de septicopyohémie post-angineuse à bacillus funduliforme évoluant spontanément vers la guérison. — M. Causse. De quelques aspects psychologiques de la défense passive. — M. Nirenberski. Injections intramédullaires osseuses de fer dans le traitement des états anémiques. — M. Corbineau. A propos d'un cas de formation polykystique localisée du rein.

THESES VETERINAIRES

Mercredi 3 avrit. — 1° Jury : MM. Aubertin, Coquot, Maignon. — M. Jeandot. La vésication en clinique équine.

2° Jury : MM. Bénard, Maignon, Robin. — M. Minguet. Etude expérimentale de l'azoospermie par les sulfamides chez le chien et le cobaye.

NOTES POUR L'INTERNAT

GRANULIE TUBERCULEUSE

On désigne classiquement sous ce nom une *tuberculose aiguë*, que caractérise une éclosion, locale ou générale, de granulations tuberculeuses.

A l'entité clinique ainsi définie, à laquelle s'attachent une évolution aiguë et même suraiguë, et un pronostic fatal, on rattache, bien que le cadre nosologique en soit mal défini, le problème des *granuties froides*, objet de discussions récentes.

A. — LA GRANULIE DANS SA FORME AIGUE CLASSIQUE

Son mode de production : *dissémination des bacilles de Koch par voie sanguine*, explique

— *son allure clinique* : intensité des phénomènes infectieux,

— et la *discrétion de ses manifestations physiques.*

Clinique. — Elle se présente sous deux types :

1° *Granulie généralisée.* Elle revêt alors le type d'une maladie infectieuse générale ;

2° *Granulie dite localisée.* — En réalité, les signes infectieux généraux y sont toujours intenses, mais les symptômes *prédominent* sur un appareil ; la granulie pleuro-pulmonaire en est l'aspect le plus fréquent.

Quel qu'en soit le type, *tes conditions d'apparition* restent immuables.

a) *Tantôt c'est chez un tuberculeux avéré* pulmonaire, osseux, rénal ou autre.

La granulie est alors terminale.

b) *Tantôt c'est chez un sujet en apparence sain*, et c'est à l'occasion d'une fatigue, d'un surmenage, d'une maladie

anergissante surtout ou d'une grossesse qu'éclate la granulie, en apparence primitive.

En fait, l'éclosion de la bacillémie est toujours *secondaire ;* les bacilles de Koch viennent d'un foyer tuberculeux profond, qu'il soit, ou non, *latent*.

I. **Les formes généralisées.** — L'aspect habituel simule à s'y méprendre au début une *fièvre typhoïde.*

Le début clinique en est généralement *brutal*, marqué par des frissons, des myalgies, des vomissements, une anorexie totale, et une ascension thermique rapide à 40°.

C'est chez le tuberculeux avéré qu'il peut être parfois plus *insidieux* et l'on remarque que l'amaigrissement, l'asthénie et l'anorexie s'accentuent en même temps que la fièvre monte.

Dans les cas habituels, en *période d'état*, le tableau clinique au complet simule plus ou moins la fièvre typhoïde :

la *fièvre* est élevée, le *pouls* rapide ;

l'*asthénie* intense ; la *céphalée vive ;* et à l'examen,

l'*abdomen* est un peu météorisé, ce météorisme coïncidant avec de la diarrhée ;

la *rate* est hypertrophiée.

Mais on note l'existence de *signes anormaux* et de *nuances cliniques :*

1° *La fièvre*, au lieu d'être continue, en plateau, est irrégulière, décousue, avec des ascensions, des descentes brusques ;

2° *L'asthénie* n'est pas comparable au tuphos ; le malade est très abattu, mais il est présent ;

3° *Le pouls* est, certes, supérieur au tracé thermique, mais il n'est ni *dicrote*, ni *dissocié.*

Il n'y a pas de taches rosées, pas de gargouillement de la fosse iliaque droite.

Surtout :

— il existe des *sueurs* anormalement abondantes ;

— la *langue* reste *rose* et *humide.* C'est là un signe majeur.

— on note une *petite toux sèche*, brève, quinteuse, qui ne tarde pas à s'accompagner d'une *teinte cyanique* des lèvres et des pommettes, et, cependant, à l'examen thoracique, aucun signe particulier ; en particulier, on ne trouve pas de signes évidents de la bronchite éberthienne.

Enfin, autres signes majeurs : le malade présente une *hyperesthésie* cutanée et musculaire très marquée, qui coïncide aussi avec un peu de raideur de la nuque et un signe de Kernig léger.

L'*examen des urines* montre l'absence de la classique réaction de Gubler à l'acide nitrique qui manque rarement dans la fièvre typhoïde

Surtout, même si, malgré les symptômes anormaux, on a porté le diagnostic de fièvre typhoïde :

des *hémocultures en série* sont négatives ;

au *séro-diagnostic*, il n'y a pas d'agglutination.

Eléments du diagnostic positif *:*

— les résultats négatifs des examens de laboratoire successifs,

— l'aspect de plus en plus anormal du syndrome typhique,

font soupçonner la tuberculose aiguë que l'on peut diagnostiquer avant que s'impose l'argument évolutif :

1° L'*interrogatoire* précise le mode d'apparition et c'est alors que l'on retrouve dans les antécédents plus ou moins lointains du malade, quelquefois dans les semaines précédentes, les éléments du *syndrome classique d'imprégnation bacillaire ;* ils ont été d'autant plus nets et d'autant plus accusés que le sujet est plus jeune, qu'il y a eu une cause *anergisante* récente — ou qu'il s'agit, comme le cas est fréquent dans la granulie, d'un sujet *transplanté.*

Parfois, on aura la notion d'évolution plus ou moins récente d'une tuberculose localisée bénigne, adénopathie ou fistule anale par exemple.

2° Il ne faut attendre aucun renseignement précis de l'examen du malade, et précisément cette *négativité* quasi-absolue pendant un certain temps est un argument en faveur du diagnostic de granulie.

Cependant, une exception doit être faite dans le cas où cet examen révèle l'existence d'une *légère réaction pleurale bilatérale.* La coexistence de celle-ci avec un syndrome infectieux aussi marqué doit éveiller les soupçons.

3° C'est d'*examens spéciaux* qu'il faut attendre le maximum d'arguments :

a) *Non pas :* la recherches des bacilles de Koch dans les crachats ; elle est habituellement *négative*, même après homogénéisation.

b) *Assez peu : la cuti-réaction*, car sa valeur, sauf chez l'enfant, est contreversée ; elle est généralement *négative* dans les formes aiguës, mais peut l'être également dans d'autres septicémies.

Les *intradermo-réactions*, faites à des concentrations successives, peuvent avoir plus de valeur.

La *recherche directe du bacille de Koch dans le sang :* hémoculture faite suivant la méthode de Lœwenstein : dans les cas positifs, les colonies bacillaires apparaissent au bout de cinq ou six *semaines*, mais le râclage du tube au bout du douzième, quinzième jour pourrait permettre le diagnostic en montrant des *micro-colonies.* Mais ces hémocultures sont positives de façon inconstante et le nombre de ces cas positifs discuté.

c) En fait, *essentiellement, l'examen radiologique.*

Dans les cas typiques, et sur les clichés faits en instantané et en apnée, il montre l'*image granitée*, le *semis de granulations* remplissant absolument les deux champs pulmonaires, qui est tout à fait caractéristique de la granulie.

Parfois, cet aspest est moins net ; le semis est plus lâche, les images sont plus finement nodulaires, mais toujours elles sont *diffuses* et *symétriques*, et c'est là leur caractère essentiel.

Evolution. — Le diagnostic posé par ce cliché se confirme très vite par l'évolution.

Très rapidement, en effet, le tableau clinique se transforme par l'apparition de :

dyspnée intense avec cyanose (qui traduit la granulie pulmonaire aiguë terminale) ;

signes méningés plus nets ; le Kernig s'accentue, des vomissements, puis des troubles oculaires apparaissent et, parallèlement, *la fonte musculaire rapide et considérable* qui s'accentue d'heure en heure amène le malade dans un véritable état de *cachexie aiguë* auquel il succombe rapidement.

Telle est la forme habituelle type de la granulie généralisée d'apparence primitive.

C'est chez le *tuberculeux avéré* qu'elle peut revêtir un aspect plus traînant, du moins pendant un certain temps.

Chez ce malade, depuis longtemps déjà en traitement, elle se masque à son début sous l'apparence d'un *embarras gastrique fébrile* simple avec :

— nausées et *vomissements*,

— anorexie, *langue sale*, diarrhée,

— courbe thermique plus irrégulière que d'ordinaire.

Mais on note que l'asthénie et surtout l'*amaigrissement* s'accentuent. Surtout deux signes anormaux attirent l'attention : *la dyspnée, la somnolence.*

Ce taleau reste tel pendant une quinzaine de jours, puis éclatent les *accidents aigus de la granulie pulmonaire* et *méningée*, tels que nous les avons vus, entraînant rapidement la mort.

(A suivre.) Guy Le Sueur.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 29-30. — 10-13 AVRIL 1940. 113e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la Faculté de Médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

Publicité : M. A. Thiollier, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpital-hospice d'Orléans. — Un poste d'interne suppléant en chirurgie est actuellement vacant à l'hôtel-Dieu d'Orléans.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Directeur général des hôpitaux d'Orléans.

Faculté de Médecine de Paris. — *Cours réservé aux étudiants de 5e année, appartenant au régime de 1924 et ayant accompli au moins une année de service militaire.* — M. le professeur Aubertin, assisté de M. le Dr Chabrol, agrégé, a commencé le cours de *thérapeutique* le vendredi 5 avril, à 16 heures, à l'amphithéâtre Vulpian. Il le continuera les lundis, mercredis et vendredis à la même heure et au même endroit.

— Les conférences d'*hygiène* de M. Joannon, agrégé, ont commencé le lundi 8 avril 1940, et se continueront les lundis, mercredis et vendredis à 17 heures, à l'amphithéâtre Vulpian.

Santé Publique. — En vue de hâter l'expédition des affaires, et notamment de celles qui résultent de l'état de guerre, M. Marcel Héraud, ministre de la Santé Publique, a décidé de rappeler à Paris les services de son département qui étaient encore repliés en province.

Guerre. — Le Dr Maze est chargé de mission au Cabinet civil du ministre de la Défense nationale.

— *Ecole du Service de Santé militaire.* — Il ne sera pas ouvert en 1940 de concours pour l'admission à l'école du Service de Santé militaire (arrêté du 4 mars 1940, *Journal officiel* du 30 mars 1940).

Guerre (*réserve*). — Par décret du 27 mars 1940, sont nommés, à compter du 25 mars 1940, dans le cadre des officiers de réserve du Service de Santé et, par décision ministérielle du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant.

MM. les médecins auxiliaires :

Chamalet, région de Paris ; Guyonnaud, 9e région.

MM. les médecins sous-aides-majors :

Cournand, région de Paris ; Jeanjean, 15e région ; Coulois, 15e région ; Drouet, 9e région ; Aymard, région de Paris ; Fumet, 2e région ; De Fresquet, région de Paris ; Bonnet, 15e région ; Fraenkel, région de Paris ; Mazet, 13e région.

MM. les médecins auxiliaires :

Barbe, 3e région ; Hugues, 5e région ; Plicque, région de Paris ; Heuze, 4e région ; Bourguet, 15e région ; Guérin, 9e région ; Villette, 2e région ; Chevalier, 3e région ; Lespinasse, 18e région ; Sivadon, 13e région ; Marot, 6e région ; Geray, 4e région ; Jais, région de Paris ; Peturaud, 9e région ; Schoengrun, région de Paris ; Aubijoux, 5e région ; Guyot, 2e région ; Bourgeois, 4e région ; Lagier, 15e région ; Breton, 5e région ; Delbecq, 13e région ; Brel, 13e région ; Petitou, 18e région ; Paillard, région de Paris ; Girard, 4e région ; Veyrine, 2e région ; Rouquès, région de Paris ; Clavel, 14e région ; Lévy, 18e région ; Forget, région de Paris ; Leconte, région de Paris ; Stora, région de Paris ; Trompeter, région de Paris ; Nedelec, 18e région ; Morand, 14e région ; Fardeau, 9e région ; Dutheil, 9e région ; Butzbach, 7e région ; Roubinet, 9e région.

La région indiquée est celle chargée de l'établissement

des dossiers généraux (C. M. n° 1333 1/7 du 15 février 1940). La prise de rang de ces officiers dans leur grade sera fixée par un décret ultérieur (application de la loi du 15 mars 1927).

— (*réserve*). — Par décret du 30 mars 1940 :

Sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de Santé et, par décision ministérielle du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant.

MM. les médecins aspirants ci-après désignés (Rang du 5 avril 1940) :

Fournier, 1re région ; Stagnara, 7e région ; Brochard, 14e région ; Bethoux, 16e région ; Gau, 16e région ; Brodcur, 17e région ; Lévy, 20e région ; Aron, 19e région ; Rocher fronts tunisiens ; Michaur, troupes du Maroc.

Par application de la loi du 15 mars 1927, le rang d'ancienneté des médecins sous-lieutenants de réserve ci-après désignés est fixé ainsi qu'il suit :

MM. les médecins sous-lieutenants (Rang du 21 septembre 1935) :

Brisset, 9e région ; Karcher, 20e région ; Lengrand 19e région.

Ray, région de Paris ; Alexandre, 1re région ; Choain, 1re région ; Liégeois, 1re région ; Maillet, 11e région ; Courty, 15e région ; Scrrus, 15e région ; Granier, 16e région ; Chaumelle, 18e région.

(Rang du 5 avril 1936) :

Leblanc, 1re région ; Bocquet, 2e région ; Chayvialle, 2e région ; Meslin, 3e région ; Linquette, 6e région ; Beyer, 7e région ; Desanti, 15e région ; Boue, 17e région ; Pujal, 17e région ; Borie, 18e région ; Etcheverry, 18e région ; Millot, 2e région.

(Rang du 26 avril 1936) :

Coudry, 20e région.

(Rang du 22 juin 1936) :

Berliawski, 2e région.

(Rang du 28 juin 1936) :

Patel, 4e région.

(Rang du 5 septembre 1936) :

Mattei, région de Paris ; Caphon, 2e région ; Maignan, 2e région ; Joublin, 7e région ; Roger, 7e région ; Spira, 7e région ; Pruvot, 8e région ; Blanchon, 13e région ; Baudon, 13e région ; Bouschon, 16e région ; Rodier, 16e région ; Tarrene, 17e région ; Bannel, 18e région ; Nothon, 20e région ; Delouche, 19e région ; Baudelet, fronts tunisiens ; Enjalbert, fronts tunisiens ; Esparceil, troupes du Maric ; Guth, troupes du Maroc.

(Rang du 21 septembre 1936) :

Calas, 15e région ; Taranger, 15e région ; Bricaire, 20e région ; Dubost, 20e région ; Lanfranchi, 20e région ; Sirot, 19e région.

(Rang du 5 octobre 1936) :

Gérard-Deprez, région de Paris ; Cauvez, 1re région ; Doremieux, 1re région ; Guillerey, 7e région ; Klein, 8e région ; Bentejac, 13e région ; Bardy, 14e région ; Lassaye, 14e région ; Sansot, 15e région ; Veyrat, 16e région ; Cistac, 17e région ; Nougue, 17e région ; Lamiraud, 18e région ; Puyou, 18e région ; Fritsch, 20e région ; Jacquet, 20e région ; Mathieu, 20e région, Bouriez, troupes du Maroc.

(Rang du 21 mars 1937) :

Alison, 6e région ; Léger, 6e région ; Mendelsohn, 9e région ; Castaigne, 13e région ; Minkowski, 14e région ; Guérin, 15e région ; Gros, 16e région ; Lebovici, 20e région ; Perrier, fronts tunisiens ; Soulier, troupes du Maroc.

(Rang du 5 avril 1937) :

Vignon, 14e région.

(Rang du 21 septembre 1937) :

Mantoux, 15e région ; Nègre, 15e région ; Sterboul, 20e région.

L'Assemblée générale du Comité national de Défense contre la tuberculose s'est tenue le mardi 2 avril, à 17 heures, au siège social, sous la présidence de M. Marcel Héraud, ministre de la Santé Publique, assisté de M. André Honnorat, président du Comité national ; de MM. Stirn, directeur de l'Hygiène et de l'Assistance, et Serge Gas, directeur général de l'Assistance Publique, et des membres du bureau.

Après la présentation du rapport moral par M. le Dr Evrot, et du rapport financier présenté par M. Ernest Mallet, trésorier, le ministre a prononcé une allocution dans laquelle il a insisté sur la nécessité de redoubler d'efforts pour la lutte antituberculeuse pendant la guerre et a rendu hommage à l'activité féconde du Comité national.

LIVRES NOUVEAUX

The Practitioner Hand books. **Diet in Health and Disease**, edited by Sir Humphry Rollaston, Bt. and Alan A. Moncrieff, with an introduction by E. P. Cathcart, Regius Professor of Physiology, University of. Glasgow. — Eyre and Spottiswoode (Publishers), Ltd. 6 great New Street, London, E. C. 4. Price 10 s. 6 d. net.

La collection de manuels publiés par notre grand confrère anglais *The Practitioner* vient de s'enrichir d'un nouveau volume consacré aux *régimes* pendant l'état de santé et pendant les maladies. Les lecteurs français familiarisés avec la langue anglaise consulteront avec fruit ce magnifique ouvrage dont l'introduction du professeur Cathcart montre toute l'importance dans la pratique journalière.

Le volume est édité avec le goût et le soin que Sir Humphry Rolleston apporte dans toutes les publications de *The Practitioner*.

REVUE GENERALE

ÉTUDE CLINIQUE ET DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE RÉNALE

Par Lucien Leger

Sous le nom de tuberculose rénale, nous décrirons exclusivement la tuberculose ulcéro-caséeuse du rein, encore appelée tuberculose folliculaire. C'est la seule tuberculose chirurgicale de cet organe.

Une notion primordiale, et qui confère à la tuberculose ulcéro-caséeuse du rein tout son intérêt, est la notion d'unilatéralité des lésions, quasi-constante au début, encore fréquente à un stade évolutif relativement avancé. C'est elle qui permet par la néphrectomie, faite suffisamment tôt, d'obtenir la guérison de nombreux malades.

ETIOLOGIE

Fréquence. — C'est une affection fréquente : « Dans un service d'urinaires, on peut dire que le cinquième des malades hospitalisés est atteint de tuberculose du rein et que le tiers des suppurations rénales est de nature tuberculeuse » (Marion).

Age. — Mis à part l'enfant, c'est de 20 à 40 ans qu'évolue le plus souvent la tuberculose rénale.

Sexe. — Rafin estime que si le nombre des cas opérés est plus élevé chez la femme, par contre le nombre des cas observés est plus grand chez l'homme.

— La fréquence de *l'unilatéralité des lésions* est très diversement appréciée.

Rafin, en 1914, estime à 83,3 % la fréquence de la tuberculose unilatérale contre 14,6 % de tuberculose bilatérale. Récemment (1938) d'Escrivan trouve 21,6 % de lésions bilatérales, chiffre plus conforme aux résultats trouvés par nous et qui augmente encore après 60 ans.

L'unilatéralité initiale paraît donc fréquente, mais peut-être est-elle moins durable qu'il est classique de le dire.

Réunissant dernièrement 100 observations, provenant du service de notre maître, M. le professeur Chevassu, de tuberculose rénale où fut souvent mise en œuvre l'uretéro-pyélographie rétrograde, nous avons trouvé, alors que bien souvent rien du point de vue clinique ne permettait d'y songer, une atteinte bilatérale dans 19 cas, ce qui nous donne une proportion de 19 %, chiffre impressionnant si l'on considère qu'il s'agissait de sujets vus à un stade précoce de l'évolution de leur tuberculose.

D'autre part, la tuberculose rénale apparaît souvent comme *cliniquement primitive*, mais cette assertion appelle des réserves.

Dans bien des cas, en effet, l'interrogatoire et l'examen permettent de retrouver l'existence d'épisodes pleuro-pulmonaires en évolution ou cicatrisés.

Et même, lorsque la tuberculose rénale n'a été précédée d'aucun incident pathologique, il n'en est pas moins vrai qu'elle est secondaire à une inoculation, respiratoire ou digestive, ayant laissé une cicatrice retrouvée par les examens radiologiques ou nécropsiques.

Ailleurs, la tuberculose rénale apparaît nettement *secondaire ;* ainsi Greenberger, pratiquant 500 autopsies de tuberculeux à localisation pulmonaire ou autre (les tuberculoses génitales exceptées), a très souvent découvert une tuberculose rénale bilatérale méconnue.

CLINIQUE

Début. — La manifestation morbide, la première en date, est des plus variable.

Mais si le début clinique de la tuberculose urinaire est protéiforme, une modalité, la plus fréquente, est caractérisée par des phénomènes de cystite.

Mais il ne faut pas attendre que le syndrome vésical soit au complet pour évoquer le diagnostic de tuberculose. Il faut savoir y penser devant des symptômes minimes, dont le plus habituel est une légère augmentation de la fréquence des mictions, avec ou sans une certaine sensation d'« ardeur » en urinant et s'accompagnant d'une disparition de la limpidité parfaite des urines. Ce mode de début, si important et faisant partie intégrante du tableau clinique, mérite que nous y revenions en étudiant la *forme vésico-rénale* de la maladie.

Parfois, c'est une *pollakiurie* légère et isolée qui intrigue le malade plus qu'elle ne l'inquiète.

Mais l'on aura parfois la chance de diagnostiquer plus précocement l'affection, avant que ne soit apparue la cystite. Une *hématurie* peut constituer la première manifestation morbide. Ce n'est certes pas une éventualité très fréquente, mais elle permet, dans bien des cas, un diagnostic remarquablement précoce. Cette hématurie est spontanée, survenant en pleine santé apparente, de durée et d'abondance variables.

Indolore en règle, elle peut s'accompagner parfois de douleurs néphrétiques. Le repos n'influe pas sur l'évolution de ce saignement, dont l'un des caractères est d'être capricieux. Cette hématurie est totale, mais l'épreuve des trois verres devra être complétée par la cystoscopie « d'urgence » qui, seule, permet d'affirmer l'origine haute du saignement, et, mieux encore, permet de préciser le côté qui saigne. Cette *hématurie « d'alarme »* est souvent un épisode unique dans l'histoire de la tuberculose rénale ; se répète-t-elle, elle le fait à intervalles souvent très éloignés. C'est dire l'intérêt considérable qu'il y a à rapporter toute hématurie à sa cause exacte.

Ainsi, on aura parfois la chance de porter précocement un diagnostic de tuberculose rénale, avant qu'aucune autre manifestation ait fait son apparition.

A côté de ces hématuries rénales, mentionnons les hématuries d'origine vésicale ; peu abondantes, elles colorent la fin de la miction. Leur intérêt est bien moindre, leur fréquence est aussi plus considérable.

Une *albuminurie*, découverte inopinément, attire parfois l'attention. Et c'est souvent après avoir imposé un régime sévère et bien entendu, inefficace, que l'on découvre qu'il s'agit en réalité d'une pyurie méconnue ou d'une hématurie microscopique.

Peut-être aussi s'agirait-il d'une albuminurie vraie prémonitoire de la pyurie, début plus fréquent chez l'enfant que chez l'adulte et sur lequel insiste Papin.

Ailleurs, c'est une *épididymite tuberculeuse* qui constitue la première manifestation apparente de la maladie.

Ce doit être une règle formelle de chercher systématiquement la tuberculose rénale en présence de toute épididymite.

Sur 16 tuberculeux génitaux, à urines limpides après le premier jet, l'uretéro-pyélographie rétrograde a permis, en effet, à notre maître, M. le professeur Chevassu, de mettre en évidence chez 9 d'entre eux une lésion tuberculeuse rénale en évolution, ou exclue ; 2 autres présentaient une image douteuse, tandis que les 5 derniers paraissaient indemnes. Ces constatations sont d'autant plus frappantes que les recherches ont porté exclusivement sur les tuberculeux génitaux à urines claires, rejetant les cas où une pyurie manifeste affirmait trop aisément la participation urinaire de la tuberculose.

« S'il y a des tuberculoses génitales indépendantes, au moins apparemment, d'une tuberculose rénale, leur nombre est beaucoup moins grand qu'on ne pense encore à l'heure actuelle » (Chevassu).

Il arrive enfin que l'on soit amené à voir le malade à l'occasion d'autres troubles.

L'*incontinence nocturne* des urines a été notée par Bazy comme un signe de début de la tuberculose rénale.

Les *douleurs rénales* précoces sont assez souvent retrouvées par l'interrogatoire ; elles revêtent le type de pesanteurs lombaires. Mais on doit se rappeler que ces douleurs sont souvent de siège controlatéral ou bilatéral.

Un *syndrome de néphrite* subaiguë peut enfin marquer le début de la tuberculose rénale, orientant vers une affection médicale jusqu'au jour où la découverte de la pyurie et de la bacillurie rectifie le diagnostic (Lemierre).

Quelle est la fréquence relative de ces diverses manifestations premières de l'affection ?

La symptomatologie fonctionnelle de 100 malades du service de notre maître, le professeur Chevassu, telle qu'elle ressort de l'interrogatoire pratiqué lors du premier examen, nous répond :

Cystite	70 %
Hématuries	50 %
Se décomposant en :	
Hématurie totale	12 %
Hématurie terminale	26 %
Hématurie non précisée	12 %
Urines troubles	22 %
Douleurs lombaires	38 %
Epididymite tuberculeuse	11 %
Troubles de l'état général	13 %

Il est évident que les troubles vésicaux constituent, dans le plus grand nombre de cas, la première en date des manifestations fonctionnelles.

Et il convient de ne pas se laisser obnubiler par le diagnostic facile de cystite banale, mais au contraire on s'attachera à en préciser l'origine.

La pollakiurie attire vite l'attention chez un sujet jeune. La fréquence des mictions est notablement augmentée, mais c'est la pollakiurie nocturne qui frappe le plus le malade. Cette pollakiurie qui est, au début du moins, surtout d'ordre réflexe, varie d'acuité d'un jour à l'autre.

Mais la fréquence de la miction reste peu de temps à l'état de symptôme isolé, car bientôt le sujet présente de la *dysurie*.

La douleur, qui peut parfois précéder la miction, apparaît plus souvent au cours de cette dernière, son intensité va croissant au fur et à mesure que la vessie se vide, s'exacerbant encore lors de l'émission des dernières gouttes d'urine. Il en résulte que parfois le malade ne vide pas complètement sa vessie ; dans l'intervalle des mictions persiste une sensation de pesanteur hypogastrique.

Le syndrome de cystite sera complété par la constatation d'un signe essentiel : la *pyurie*, révélée par le simple examen macroscopique des urines.

Il y a peu de temps encore, on déclarait constante cette pyurie et l'on affirmait qu'il n'y avait pas de tuberculose rénale en évolution sans pyurie. La mise en application systématique de l'urétéro-pyélographie rétrograde a montré, au contraire, qu'il est des cavernes qui « crachent » par intermittence leurs bacilles et dont la communication avec le bassinet se fait par éclipses.

Les conditions de la recherche clinique de la pyurie doivent être minutieusement précisées. On examinera les urines « chaudes et vivantes » (Chevassu) fraîchement émises, après toilette du gland chez l'homme, obtenues chez la femme par cathétérisme uréthral.

L'urine, examinée par transparence, devra être sous une épaisseur suffisante pour que l'œil puisse apprécier le plus léger louche. On éliminera, bien entendu, le trouble dû à une phosphaturie (acide acétique), et celui dû à une uraturie (chauffage).

Moyennant ces conditions, dont aucune n'est superflue, l'examen macroscopique des urines prend toute sa valeur. L'examen portera surtout sur le verre du milieu (épreuve des 3 verres), qui constitue le meilleur reflet de l'urine rénale. Parfois, la *pyurie est franche :* les urines louches contiennent en suspension des filaments et des flocons purulents. Tantôt, les urines revêtent un *aspect absinthique*. Parfois, enfin, les urines présentent seulement un *aspect moiré*, ayant perdu leur brillant normal. Et cet aspect n'a pas moins de valeur que la pyurie franche.

Dans tous les cas, c'est une pyurie totale, troublant les 3 verres, avec souvent un renforcement terminal, qui témoigne de la participation vésicale.

On ne saurait trop insister sur le soin qu'il faut apporter à cet examen macroscopique. Dès que les urines ne paraissent pas parfaitement limpides, conclure à l'existence d'une pyurie et réclamer un examen cytobactériologique.

La *pâleur des urines* est fréquemment constatée.

La *quantité d'urine* émise est diversement appréciée. Guyon et Tapret considèrent que la *polyurie*, avec pollakiurie constitue un bon signe initial de tuberculose rénale. Cependant, la plupart des urologistes, avec Wildbolz et Rafin, estiment au contraire que le volume des urines est peu modifié au cours de cette affection. Seuls les tuberculeux urinaires mis au régime lacté, ou soumis aux diurétiques, présentent de la polyurie (Chevassu).

Le bocal abondamment rempli d'urines pâles et troubles avec un dépôt purulent plus ou moins épais surmonté d'urines louches possédait, pour Guyon, un aspect évocateur : *polyurie trouble*. Mais cet examen d'urines déposées, surinfectées, froides, n'est pas comparable, pour son intérêt, à l'examen extemporané des urines fraîchement recueillies.

Quant à l'*acidité* de cette pyurie, c'est une constatation de moindre importance, n'existant qu'en l'absence d'infection secondaire.

Au total, on est en présence d'un syndrome de cystite, mais qui présente une allure particulière.

Cette cystite est en effet spontanée, d'emblée chronique, lentement progressive, avec parfois des rémissions transitoires; loin d'être améliorée par les traitements banaux, elle est aggravée par l'uroformine, par les lavages au nitrate d'argent. Et ce sont ces caractères qui confèrent au syndrome son aspect le plus évocateur.

L'examen clinique de l'appareil urinaire fournit des renseignements d'importance très variable.

Le plus souvent, les reins sont de volume normal. Cependant, le palper peut éveiller une douleur aux points classiques. Ailleurs, la fosse lombaire est empâtée, on perçoit par le palper bimanuel une masse plus ou moins volumineuse, à limites imprécises ; il s'agit alors vraisemblablement d'une coque de périnéphrite, immobilisant le rein.

Ailleurs encore, il s'agit manifestement d'un gros rein, parfois bosselé, rénitent ou fluctuant par places. S'agit-il d'une hydronéphrose, d'une pyonéphrose, l'origine en est-elle bacillaire, il est impossible de conclure sur la seule clinique.

Parfois, on découvre seulement un rein un peu augmenté de volume. Mais on ne peut en tirer aucun argument ni pour le diagnostic de la lésion, ni pour le diagnostic du côté atteint, car il peut s'agir d'un rein congénitalement volumineux ou hypertrophié à la suite de la suppression fonctionnelle de son congénère.

Pour terminer, revenons sur le cas où les reins ne sont pas perceptibles au palper ou paraissent normaux. C'est sans conteste l'une des éventualités les plus intéressantes.

Ce résultat négatif ne doit en aucune façon faire repousser un diagnostic de tuberculose rénale ; au contraire, il doit faire tout mettre en œuvre pour préciser un diagnostic, d'autant plus intéressant qu'à ce stade de début la lésion a les plus grandes chances d'être unilatérale.

L'exploration clinique de l'uretère est susceptible de fournir des résultats importants ; la pression sur son trajet réveille parfois des douleurs. Mais surtout le toucher rectal, et plus encore vaginal, permet parfois de sentir une induration de la partie juxta-vésicale, de l'uretère qui se présente sous forme d'un cordon rigide perçu à bout de doigt, sensible au palper : cette manœuvre détermine une envie impérieuse d'uriner et parfois une douleur lombaire.

La perception d'une induration douloureuse de la terminaison de l'uretère, renseigne à la fois sur la *nature de l'affection et sur le côté atteint.*

L'*examen général* présente lui aussi un double intérêt diagnostique et pronostique. L'état général reste longtemps floride. Là encore, ce n'est pas une raison pour rejeter un diagnostic de tuberculose. Parfois déjà existent quelques symptômes d'imprégnation bacillaire.

La fièvre ou un état subfébrile sont de constatation banale. Cette pyrexie ne présente un caractère pronostique fâcheux, que si elle est élevée, continue ou à grandes oscillations.

L'interrogatoire retrouve très souvent, outre des antécédents héréditaires et collatéraux chargés, une histoire de tuberculose pleuro-pulmonaire ou articulaire ancienne ou encore en évolution.

Ailleurs, enfin, la tuberculose rénale semble cliniquement isolée et primitive. Nous savons ce qu'il faut en réalité penser de cette éventualité.

Un *examen radiologique* de l'appareil respiratoire constitue le complément indispensable de l'exploration clinique.

On essayera de dépister une autre localisation tuberculeuse (ganglionnaire, etc.), mais on attachera un soin tout particulier à l'exploration de l'appareil génital. Nous avons déjà dit que c'était souvent à l'occasion d'une épididymite tuberculeuse que l'on découvrait, pour l'avoir systématiquement recherchée, une tuberculose rénale. Inversement, l'exploration clinique de l'appareil génital mâle s'impose au cours de l'examen de toute tuberculose urinaire. La coexistence des deux localisations est en effet notée dans 56 % des cas de Rafin.

Cependant, si impressionnante que soit la constatation d'un syndrome de cystite chronique chez un sujet qui présente des antécédents suspects, elle est cependant insuffisante pour faire porter le diagnostic de tuberculose, mais impose un certain nombre d'examens spéciaux visant à mettre en évidence le bacille de Koch, à apprécier l'uni ou la bilatéralité des lésions rénales et, dans la première éventualité, à préciser le côté atteint et à étudier la valeur fonctionnelle du côté indemne.

EXAMEN CYTO-BACTÉRIOLOGIQUE DES URINES

L'examen du culot de centrifugation des urines totales met en évidence l'existence de globules de *pus.*

Ces polynucléaires dégénérés présenteraient, selon Colombino, un contour crénelé caractéristique. Il semble, en réalité, que l'altération leucocytaire puisse être rapportée à l'ancienneté de la suppuration, mais, même non pathognomonique, la constatation du signe de Colombino est « un précieux indice et doit attirer l'attention du laboratoire de manière que le bacille de Koch soit, sur ces urines-là, recherché d'une façon toute spéciale » (Chevassu).

Surtout, ce premier examen microscopique des urines montre un symptôme extrêmement significatif : l'*absence de microbes banaux.* Une *pyurie aseptique* est, en effet, presque synonyme de tuberculose (Melchior). Mais si cette constatation possède une réelle valeur dans l'orientation du diagnostic, il faut savoir cependant qu'il est de vieilles suppurations rénales où les germes sont très rares ou même absents, et « il ne faut pas toujours, dit Marion, conclure à la tuberculose en présence d'une pyurie nettement aseptique..., même à la culture ».

De plus, bien souvent, des colibacilles, des staphylocoques sont trouvés dans les urines du malade. Très rarement, il s'agit de streptocoque. Cette constatation ne peut, elle non plus, faire rejeter le diagnostic de tuberculose rénale. La surinfection est, en effet, chose banale (1/3 des cas).

Mais le signe primordial de la tuberculose rénale reste la constatation du *bacille de Koch* dans les urines.

Les conditions d'une recherche correcte du bacille de Koch par examen direct ont été précisées par Chevassu et Gautier. Les urines sont prélevées le matin à jeûn, le malade mis en restriction liquide depuis la veille au soir. On fera porter la recherche sur une quantité assez importante d'urine qui sera soumise à une centrifugation rapide et prolongée. La méthode d'enrichissement des urines, décrite par Ellermann, peut être employée dans les cas où l'urine renferme de nombreux éléments figurés.

Mais, pour attacher à la découverte du germe dans les urines toute l'importance qu'elle mérite, il importe d'exiger que le bacille identifié soit bien *acido-alcoolo-résistant*, car le bacille du smegma est seulement acido-résistant. Faute d'exiger ce test, certains s'étonnent d'erreurs thérapeutiques commises, et parlent d'erreurs de laboratoire.

Tenant compte des conditions ci-dessus précisées, et en apportant à cet examen toute la patience nécessaire, les résultats sont positifs dans 90 % des cas au moins (Chevassu et Gautier).

Faute d'un résultat positif, on devra répéter les examens car il existe des décharges transitoires de bacilles dans les urines, ou recourir aux cultures. Nous devons attirer enfin l'attention sur ce fait, en apparence paradoxal, qu'on trouve plus facilement le bacille de Koch dans les formes de début que dans les formes avancées. De fait, la bacillurie est rare dans les reins tuberculeux exclus.

Culture. — La technique en a récemment été précisée par Saenz et Eisendrath. L'ensemencement se fait sur milieu de Löwenstein, ou sur milieu de Petragnani.

On obtiendra un résultat beaucoup plus précoce en n'attendant pas l'apparition de colonies macroscopiques, mais en examinant au microscope le produit de raclage à partir du huitième jour.

La comparaison de la sensibilité et de la sûreté de la microculture, par rapport aux autres procédés de diagnostic, est tout à son honneur. Horn (1926) : 20 microcultures positives, contre 7 examens directs positifs ; Von Huth et Lieberthal (1930) : 300 contre 250 ; Fischer et Urgoiti, 35 microcultures positives contre 30 inoculations au cobaye positives, etc.

La culture a encore l'avantage de permettre l'isolement de bacilles acido-résistants (aviaires, paratuberculeux) non pathogènes pour le cobaye et la caractérisation immédiate des types humain et bovin (Saenz et Eisendrath.

L'*inoculation au cobaye* du culot de centrifugation a constitué longtemps la seule méthode de mise en évidence du bacille de Koch dans les urines.

Elle présente le grand inconvénient de donner un résultat tardif (six semaines, compte non tenu des décès survenant inopinément sur les animaux inoculés). On a essayé de raccourcir ce délai en pratiquant sur le cobaye inoculé des intradermo-réactions à la tuberculine, technique qui donne un résultat en quarante-huit heures.

Dans le même but, Grysez et Breton ont pratiqué la réaction de Vernes-résorcine chez les cobayes inoculés avec des produits tuberculeux. Leur sérum présente une floculation très supérieure à la normale dès le huitième jour.

Mais surtout, l'inoculation ne donne pas plus de résultats positifs que l'examen direct, pratiqué avec les précautions énoncées ci-dessus. Elle laisse aussi passer des cas de tuberculose urinaire : une inoculation négative ne devant pas faire rejeter le diagnostic de tuberculose.

L'inoculation expose à des erreurs : contagions de cage, pseudo-tuberculose spontanée du cobaye. Certains types de bacilles tuberculeux enfin ne sont pas pathogènes pour le cobaye.

Aussi bien, si certains restent fidèles à l'inoculation, nombre d'urologistes n'y ont plus recours. Legueu n'en faisait presque jamais. De même depuis 1914, notre maître, M. le professeur Chevassu, a complètement renoncé à l'inoculation qu'il considère comme habituellement inutile, voire même trompeuse.

*
**

La *CYSTOSCOPIE* constitue un temps primordial de l'examen d'un malade soupçonné de tuberculose urinaire. Elle montre souvent des lésions caractéristiques. Elle est le premier temps du cathétérisme uretéral dont l'importance est considérable pour poser le diagnostic et les indications thérapeutiques.

L'examen au cystoscope montre habituellement deux ordres de lésions :

1° Des *lésions de cystite banale :* muqueuse rouge, œdématiée avec, souvent, des placards ecchymotiques. Des fausses membranes, un enduit purulent recouvrent souvent les parois de la vessie, masquant parfois les orifices uretéraux ;

2° Des *lésions spécifiques :*

a) Ce sont des granulations gris-jaunâtre du volume d'une tête d'épingle entourées d'une auréole rouge ;

b) D'autre part, des ulcérations à bords livides et irréguliers, paraissant décollés, à fond atone grisâtre ou purulent blanchâtre.

L'association de ces lésions est déjà caractéristique, mais plus encore que leur aspect, leur siège est significatif. Si elles peuvent être trouvées en un point quelconque, elles présentent en effet deux sièges d'élection : la zone périuretérale et le sommet de la vessie.

L'atteinte de la zone périuretérale signe parfois la localisation bacillaire au rein du même côté. Tubercules et ulcérations sont particulièrement nombreux sur une zone triangulaire, recouvrant le trigone, et dont le sommet répond à l'orifice uretéral. En réalité, il arrive que l'éjaculation bacillifère aille ensemencer la muqueuse aux alentours de l'orifice uretéral opposé, aussi, ne faut-il pas attacher à la localisation des lésions vésicales une valeur trop absolue.

Le dôme vésical constitue l'autre localisation élective, vraisemblablement inoculé lorsque, la vessie vide, son sommet vient s'appliquer sur la région du trigone.

L'orifice uretéral du côté malade est souvent œdématié, rouge, parfois béant. Les lèvres du méat se couvrent parfois d'une efflorescence de tubercules, à moins qu'elles ne soient rongées par une ulcération. Parfois encore, masqué par l'œdème, le méat demeure invisible, repéré seulement par l'éjaculation purulente. Ailleurs, enfin, il peut paraître parfaitement sain.

Enfin, il faut savoir que chez les malades vus tôt, la vessie peut paraître normale, ne présentant aucune lésion. Cette constatation ne permet, en aucune façon, de rejeter le diagnostic de tuberculose, mais doit faire pratiquer le cathétérisme des uretères. La cystoscopie n'est, en effet, que le premier temps du cathétérisme uretéral.

Il est une précaution essentielle, formulée par Albarran et reprise par M. Chevassu, qui insistent sur le fait que la sonde uretérale ne doit jamais être enfoncée jusqu'au bout, car elle risque de blesser une papille et de l'inoculer directement. Il est suffisant de faire monter les sondes à 15 centimètres.

Mais il n'est pas rare que cette exploration se heurte à de grandes difficultés. Outre le cas où un rétrécissement urétbral rend toute manœuvre intravésicale impossible, la vessie peut être de capacité si minime, qu'elle est inexplorable. Le repos complet au lit est alors imposé aux patient. Des instillations sont pratiquées à l'huile goménolée. Au bout de quelques jours, on tente à nouveau l'exploration, après administration d'opiacés sous anesthésie épidurale ou mieux, sous auto-analgésie au protoxyde d'azote suivant la méthode, récemment décrite, de Chevassu.

Après lavage, la visibilité devient alors souvent suffisante, mais les orifices uretéraux, masqués sous l'œdème, restent parfois introuvables. La chromo-cystoscopie après injection sous-cutanée de carmin d'indigo permet, parfois, de découvrir les uretères.

Le cathétérisme est-il impossible d'un côté, on recueillera les urines du rein correspondant par une sonde vésicale. C'est habituellement du côté sain qu'a pu monter la sonde uretérale : en pareil cas, une filtration partielle de l'urine entre sonde et paroi uretérale est de peu d'importance. Seul, le débit du rein sain paraît amoindri.

Au contraire, a-t-on cathétérisé seulement l'uretère du côté malade, le résultat de l'examen est infiniment plus aléatoire ; la présence de bacilles de Koch dans l'urine vésicale peut tenir à une fuite du côté malade, à une lésion de cystite spécifique ; l'intégrité du rein présumé sain est d'affirmation impossible. Mais en pareille circonstance, les résultats des examens chimiques des urines séparées fournissent un complément d'information non négligeable.

Restent les cas où le cathétérisme s'est montré impossible des deux côtés ; les méthodes modernes d'urographie et d'uretéro-pyélographie rétrograde peuvent, dans une certaine mesure, suppléer aux renseignements dont on est ainsi privé.

Nous avons énuméré tous les obstacles que l'on peut rencontrer au cours de l'exploration d'une tuberculose urinaire. La mise au repos, la douceur en viendront souvent à bout. Il n'en demeure pas moins que la cystoscopie pour tuberculose compte parmi les plus difficiles.

L'*examen bactériologique* des urines séparées permet de localiser la pyurie, et la bacillurie du côté malade. Mais, du côté sain, on peut trouver quelques polynucléaires sans bacille de Koch, tenant à un reflux vésico-uretéral ou à une infection pyélique ascendante, constatation qui peut prêter à faire discuter une tuberculose bilatérale.

L'examen chimique des échantillons prend ainsi une grande importance. Il existe en effet une *diminution de la concentration uréique du côté malade*, témoignant de la déficience fonctionnelle du rein, et qui prend toute sa valeur en l'absence de toute sclérose calculeuse et de toute hydronéphrose.

Il faut bien savoir que le chiffre de la concentration uréique d'un rein n'a de valeur que comparativement au chiffre obtenu du côté opposé. Apprécier le pouvoir fonctionnel d'un rein sur un chiffre de concentration uréique est une absurdité, ce même rein pouvant excréter l'urée à un taux différent si l'examen est pratiqué à une autre heure ou avec un autre régime alimentaire. On ne doit tenir compte que des résultats comparés des concentrations et débits des deux reins dont on a recueilli simultanément les urines.

La diminution de concentration uréique est nette, même lorsque les lésions sont encore minimes ; des chiffres de l'ordre de 20 d'un côté, contre 14 de l'autre, ou de 10 d'un côté pour 6 de l'autre, donnent une idée des résultats obtenus.

Accessoirement, on note encore du côté malade une augmentation du débit aqueux, qui ne suffit pas à com-

penser la diminution de concentration uréique, si bien que *le débit uréique est aussi diminué*. La *diminution* de la concentration en chlorures et de l'*élimination de la phénolsulfonephtaléine*, témoignent encore de la déficience fonctionnelle du côté malade.

Le cathétérisme bilatéral gagne à être accompagné de la pose d'une sonde vésicale laissée durant le temps de l'exploration. Ce contrôle vésical est intéressant en raison des fuites possibles, l'urine filtrant entre la sonde uretérale et la paroi de l'uretère, souvent atone. On reconnaît facilement la provenance de l'urine vésicale, si sa composition est identique à celle d'un des deux reins. La concentration de l'urine vésicale est-elle inférieure à celle du rein fonctionnant le mieux, on ne peut rien en déduire de certain. Est-elle au contraire supérieure à celle du rein au fonctionnement le meilleur, on doit soupçonner l'existence d'un troisième rein dont on s'efforcera de dépister l'orifice uretéral, en vue d'un cathétérisme qui renseignera sur son intégrité ou son atteinte.

C'est à la déficience de la concentration uréique qu'il faut accorder la plus grande valeur. Nulle autre affection ne la cause si précoce et si accentuée. Sa seule constatation associée à une pyurie amicrobienne unilatérale, et même si le bacille de Koch n'a pu être mis en évidence, affirme la tuberculose rénale.

Néanmoins, si cette déficience fonctionnelle est un signe précoce de tuberculose, il ne faudrait pas pour cela la croire constante. M. le professeur Chevassu a rapporté des observations où une tuberculose soupçonnée, cliniquement confirmée par une bacillurie unilatérale ou par une image d'U. P. R. caractéristique, ne s'était accompagnée d'aucune diminution de la concentration uréique ou d'une baisse trop faible pour pouvoir être retenue.

D'autre part, s'en tenir aux seuls résultats de l'examen chimique des urines serait insuffisant. On conçoit, en effet, que la bilatéralité de la tuberculose resterait souvent méconnue si l'on s'en tenait à ces seules données.

Ces remarques justifient le principe qu'en matière de tuberculose rénale, la clinique doit toujours être corroborée par une série d'examens bactériologiques et chimiques et qu'il est toujours intéressant — sinon prudent — de les compléter par une U. P. R. bilatérale.

***

L'EXAMEN RADIOLOGIQUE donne, en matière de tuberculose rénale, de précieux renseignements. A la radiographie sans préparation se sont substituées les méthodes modernes d'opacification des voies excrétrices par les substances de contraste.

Legueu, Papin et Maingot montrent l'existence dans l'aire de l'ombre rénale de taches arrondies, inégales dans leur opacité et répondant à la crétification partielle de nodules caséeux (rein tigré).

Parfois se trouve réalisé l'aspect marmoréen où toute l'ombre rénale est parsemée de taches opaques de forme et de dispositions très variées.

Mis à part ces cas, le pourtour de l'ombre rénale ne présente rien de caractéristique. Le volume de l'organe apparaît parfois un peu augmenté, mais ce renseignement ne vaut pas qu'on ait recours à l'insufflation colique ou même à l'insufflation périrénale.

Les résultats de la radiographie simple sont donc d'un intérêt assez relatif, car aucun aspect n'est pathognomonique.

La *PYELOGRAPHIE*, imaginée en 1906, par Volker et Lichtenberg, et l'*URETERO-PYELOGRAPHIE RETROGRADE*, que le professeur Chevassu a réalisée en 1927, ont apporté un précieux appoint à l'étude de la tuberculose rénale. Nous étudierons ensemble ces deux méthodes, nous réservant de revenir sur les avantages que présente la seconde sur la première.

Pyélographie et uretéro-pyélographie rétrograde donnent des résultats de même nature ; cependant, les renseignements fournis par l'U. P. R. sont toujours plus complets. Mettant en tension la lumière pyélo-uretérale, l'U. P. R. réalise plus fréquemment que la pyélographie l'injection de la caverne tuberculeuse.

Ne nécessitant que la vision du méat uretéral qui, même non cathétérisable sera injecté par l'instillateur, l'U. P. R. est possible dans les cas où a échoué le cathétérisme, partant où la pyélographie est impraticable.

Dessinant enfin la totalité de l'uretère, l'U. P. R. renseigne plus précisément sur l'extension des lésions à son niveau et sur l'opportunité de son exérèse étendue.

L'image de l'ombre de la *caverne* telle que la dessine l'U. P. R. a un contour très variable (Bonnefous). « L'image la plus caractéristique est celle d'une cavité à contours extrêmement irréguliers, remplie par une masse opaque, elle-même irrégulière dans son intensité.

Mais il est des cavernes à contours plus réguliers formant des masses arrondies homogènes ; cet aspect répond aux parois moins tomenteuses et aux contenus plus fluides.

Dans les deux cas, l'image est rendue plus caractéristique par l'aspect du calice correspondant, habituellement rétréci, parfois filiforme, et « l'image d'une cavité s'épanouissant au sommet d'un calice, dont la tige s'amincit jusqu'à devenir à peine injectable, est particulièrement typique ».

Que l'oblitération du calice soit poussée à l'extrême et l'on aura l'image d'un calice borgne : la caverne est exclue. Cette exclusion peut aller jusqu'à l'obstruction totale de la tige d'un des grands calices. Ce même processus, s'étendant encore, aboutit au « rein mastic », dans lequel aucune injection n'est plus réalisable.

Lorsque la caverne ne s'accompagne pas de rétrécissement de la tige du calice, l'image est beaucoup moins typique, pouvant ressembler à celle d'une hydro-pyonéphrose partielle. M. Chevassu pense qu'un certain nombre de soi-disant hydronéphroses partielles ne sont que des cavernes tuberculeuses à parois sclérosées sans processus d'exclusion calicienne.

Il est une autre image d'interprétation difficile : c'est celle de la papille « rongée » à ses premiers stades, avant que la caverne ne soit constituée. Il est difficile de faire la différence entre un calice qui n'a plus de papille et un calice dans lequel la clarté papillaire est noyée dans l'ombre de l'opacité du sinus péripapillaire. Les images les plus fines sont fournies par des injections peu poussées. L'idéal serait donc de prendre plusieurs clichés au cours de l'injection pour avoir à la fois les images papillaires, qui demandent un remplissage incomplet, et les images caverneuses, qui ne deviennent visibles, le plus souvent, qu'à la « mise en tension ».

Les *lésions de l'uretère* sont variables, parfois considérables, dans les formes avancées ; alors, l'uretère tuberculeux marque l'état tomenteux de sa muqueuse par un contour finement sinueux, « comparable à la traînée que laissent parfois derrière eux les avions en plein vol » : il est extrêmement irrégulier, fuligineux ».

Sans présenter toujours cet aspect typique, beaucoup d'uretères tuberculeux frappent par l'irrégularité de leur calibre, ici dilaté, là presque filiforme, avec des étranglements « semblables à ce qu'on pourrait obtenir en enserrant l'uretère dans une ficelle ».

En somme, l'U. P. R. présente une utilité considérable : non seulement elle confirme les résultats de l'examen chimique et microscopique des urines séparées, mais, en outre, elle renseigne sur l'étendue, la localisation des lésions, l'état de l'uretère, distinguant ainsi les véritables débuts anatomiques des débuts uniquement cliniques, à lésions déjà importantes. Elle permet également de

contrôler l'état des voies urinaires du côté supposé sain.

Lorsque les deux reins sont atteints, l'appréciation visuelle des lésions permet de discuter l'indication ou la contre-indication de la néphrectomie du rein le plus malade.

Ce ne sont pas les seuls avantages de l'U. P. R. Il est des cas, de plus en plus nombreux à l'heure actuelle, où seule cette exploration a permis de dépister une tuberculose rénale, à laquelle manquaient les critères chimiques et bactériologiques. Nous aurons à y revenir.

L'*UROGRAPHIE INTRAVEINEUSE* ne suffirait pas, le plus souvent, à permettre de porter à coup sûr le diagnostic de tuberculose, mais elle constitue un moyen d'exploration précieux dans tous les cas où le cathétérisme uretéral est impossible.

Elle est encore indiquée chez l'enfant.

Les images sont d'interprétation délicate : Dreyfus (1933) les classe comme suit :

1° *Absence d'image*, tenant à l'absence de sécrétion rénale, ou néphrographie sans pyélographie, répondant à une destruction rénale presque complète. Mais l'absence d'image d'un rein peut tenir aussi bien à une absence congénitale qu'à une élimination rapide, éventualité reconnaissable à l'apparition précoce d'une ombre vésicale dense.

2° *Retard de sécrétion ;*

3° *Amputation d'un calice ;*

4° *Flou du bassinet et des calices*, qui ont un aspect spongieux ;

5° *Diminution unilatérale de l'opacité*, ce cas étant d'interprétation difficile.

Quant à l'uretère, il n'est guère possible de se rendre un compte exact de son état. Il n'est jamais visible en totalité sur un seul cliché.

Il n'existe, conclut *Dreyfus*, « *aucune image d'urographie intraveineuse pathognomonique* d'un rein tuberculeux ».

En pratique, l'urographie intraveineuse ne mérite qu'une place restreinte en matière de tuberculose. Eu égard aux résultats que fournissent la pyélographie ou l'U. P. R., l'urographie ne donne que de piètres images, dont aucune n'est pathognomonique. Mais dans les cas de vessie inexplorable, elle constitue un élément très précieux pour le diagnostic du siège des lésions et aussi — dans une certaine mesure — pour apprécier l'intégrité de l'un des reins. C'est ainsi que Papin et de Berne-Lagarde ont publié une série de 21 néphrectomies, basées sur la seule urographie pour la détermination du côté malade. Mais ces auteurs ont pris soin de s'aider de la constante, pour apprécier la valeur fonctionnelle.

*
**

Un examen méthodiquement conduit a permis de soupçonner la tuberculose rénale par la clinique et de vérifier ce diagnostic par des examens spéciaux. Dans le cas de tuberculose unilatérale, on recourt à la néphrectomie sous réserve que les explorations fonctionnelles aient vérifié la valeur du rein opposé. Nous reviendrons plus loin sur ce point. Insistons sur l'importance d'un examen somatique complet, visant, en particulier, à déceler une autre localisation du bacille de Koch.

Rappelons la nécessité d'un examen clinique et radiologique de l'appareil respiratoire et de la recherche d'une tuberculose génitale dont la coexistence, chez l'homme, est chose particulièrement fréquente.

Legueu et Vrignaud estiment qu'il y a intérêt à recourir à la réaction de Vernes-résorcine « toutes les fois que le diagnostic de tuberculose se pose sans s'imposer ». Mais plus encore qu'un intérêt diagnostique, la réaction de Vernes possède une valeur pronostique renseignant sur l'allure évolutive du processus.

EVOLUTION

Abandonnée à elle-même, la tuberculose rénale évolue le plus souvent vers la mort.

Cette évolution est sujette à des rémissions — ce sont elles qui font, parfois trop facilement, parler de guérison à la suite d'une quelconque thérapeutique — et aussi à des aggravations.

Cette évolution est dans l'ensemble moins rapide qu'il n'était classique de le dire et le chiffre de un à trois ans, donné par Albarran comme durée moyenne entre l'apparition des premiers symptômes et l'issue fatale, paraît nettement au-dessous de la vérité.

La prise de l'autre rein doit être considérée comme constante à échéance variable. Arrivée à une phase avancée de la maladie, les patients sont en proie à des douleurs intolérables de cystite, avec mictions incessantes, horriblement douloureuses, et qui leur enlèvent tout sommeil. L'état général est alors très altéré, la température oscillante. Le cathétérisme des uretères vérifie la bilatéralité des lésions. L'intervention est impossible, mais le traitement général, le traitement local, parfois une intervention de dérivation, permettront une survie appréciable.

La *mort* est cependant fatale. Elle survient dans la cachexie et l'hecticité par urémie progressive, par généralisation tuberculeuse ou par méningite.

A titre de complication locale, on a signalé l'établissement d'une fistule réno-colique, qui se fait par l'intermédiaire d'une suppuration périnéphrétique (Legueu).

FORMES CLINIQUES

Nous avons déjà mentionné la grande variabilité des symptômes qui peuvent être révélateurs d'une tuberculose rénale. Reprendre en détail ces formes de début exposerait à des redites inutiles, mais nous voulons insister sur certains aspects de la tuberculose urinaire.

C'est le cas, en particulier, de la FORME HÉMATURIQUE.

Habituellement, les hématuries du début cessent ou s'atténuent par la suite. Ici, au contraire, par leur persistance, leur répétition, leur abondance, ces hématuries évoquent l'idée d'une origine néoplasique. Ici, dit Albarran, « le symptôme prime la maladie et le pronostic peut devenir grave par le fait même de l'hématurie ».

Le diagnostic de ces hématuries est d'autant plus difficile qu'elles répondent souvent à des lésions minimes dont la découverte relève de l'exploration radiologique pyélo-uretérale.

C'est encore le diagnostic de cancer qui sera évoqué devant les *formes tumorales* de la tuberculose où existe une importante tuméfaction rénale répondant à un gros rein mastic, à un rein exclus à poches claires, ou à une pyonéphrose bloquée.

La forme douloureuse évoque la lithiase par ses crises néphrétiques, liées à la migration uretérale de grumeaux caséeux, ou à des phases de distension pyélique.

Toute proche est la *forme hydronéphrotique* que Papin considère comme provoquée « par un rétrécissement cicatriciel de l'uretère d'où formation d'une poche uretéropyélique plus ou moins considérable, mais qui contraste avec des lésions légères, en général, du parenchyme rénal ».

La tuberculose rénale peut évoluer enfin sous l'aspect d'un *mal de Bright.*

FORMES SURINFECTÉES *de la tuberculose rénale.* — L'infection secondaire est chose banale en matière de tuberculose urinaire. Si une pyurie amicrobienne répond le plus souvent à une tuberculose rénale, au contraire, la constatation d'une pyurie septique, à germes banaux, ne permet pas d'éliminer ce même diagnostic.

Les antécédents, l'histoire clinique, la résistance au traitement usuel font craindre une tuberculose rénale ; le laboratoire confirme l'existence de pus dans les urines et y

découvre des coli-bacilles ou du staphylocoque. Sans se contenter d'un diagnostic trop facile de pyélonéphrite, on doit poursuivre l'exploration et pratiquer l'examen chimique des urines séparées.

Montre-t-il une déficience fonctionnelle importante, la tuberculose est des plus vraisemblable. Un déficit peu marqué des éliminations, et l'absence de déficit fonctionnel ne suffisent d'ailleurs pas à éliminer à coup sûr la tuberculose. C'est dans ces formes de diagnostic délicat que l'U. P. R. est susceptible de fournir de précieux arguments.

La fréquence de ces surinfections est grande. Ainsi, nous avons constaté l'existence d'une surinfection à germes banaux chez 32 d'une série de 95 malades de la clinique urologique Guyon-Albarran.

Cette surinfection ne va pas sans avoir une répercussion, et souvent importante, sur l'évolution de la lésion tuberculeuse. « Dans la marche progressive de la tuberculose rénale, les infections secondaires ont une importance considérable. Tant que la tuberculose rénale reste pure et indemne de toute contamination secondaire, l'évolution est progressive, mais est souvent torpide. Au contraire, alors que l'infection secondaire s'ajoute à la lésion purement tuberculeuse, la fièvre apparaît, la cachexie s'aggrave, la faiblesse s'accroît et les grosses pyonéphroses sont souvent la conséquence de ces infections secondaires » (Legueu).

Cette surinfection est souvent à l'origine de *phlegmons périnéphrétiques* observés au cours de l'évolution d'une tuberculose urinaire, auxquels s'oppose le phlegmon périnéphrétique tuberculeux. L'apparition de pareille complication est annoncée par une hyperthermie attribuée d'abord à une rétention pyélique, mais ne cédant pas à la pose d'une sonde à demeure. Les signes locaux complètent le tableau. Il s'agit là d'un cas où l'intervention s'impose « à chaud ».

La *tuberculose rénale associée à une hydronéphrose du côté opposé*, est peu fréquente, mais intéressante en raison des sanctions thérapeutiques qu'elle peut comporter.

La *coexistence de la tuberculose et du cancer* du rein est rare.

Le nombre des cas de cette espèce était de 13 en 1934 (Morris Robert Keen).

La *lithiase rénale* peut aussi s'associer à la tuberculose, que les calculs se soient développés avant l'infection bacillaire, ou qu'ils aient fait leur apparition après cette dernière.

Les observations de *rein polykystique et tuberculeux* ne sont pas nombreuses.

La tuberculose développée sur un *rein à uretère bifide ou double* prête à bien des erreurs de diagnostic que Jeanbrau (1936) a passées en revue.

La tuberculose développée sur un *rein ectopique* justifie, s'il en est encore besoin, l'utilisation de l'U. P. R.

La tuberculose rénale de l'enfant ne paraît guère fréquente : 4 % de la statistique globale (Ekehorn). Plus le sujet avance en âge, plus fréquente est son atteinte.

La symptomatologie en est assez voisine de celle de l'adulte. Une hématurie constitue parfois le premier symptôme. Dans d'autres cas, c'est la pollakiurie qui ouvre la scène ; elle est d'intensité si marquée, que l'enfant perd parfois ses urines et semble alors présenter une incontinence vraie (Pousson). Ailleurs, cette pseudo-incontinence sera exclusivement nocturne infantile, et Marion fait remarquer que beaucoup d'incontinents infantiles sont, un peu plus tard, des tuberculeux rénaux ».

Ailleurs, les douleurs lombaires, ou un syndrome de cystite constitueront les premières manifestations morbides. D'autres fois, on se trouve en présence d'un gros rein pyonéphrotique dont la nature tuberculeuse n'est pas toujours évidente. Enfin, un abcès froid de la région lombaire peut être déjà constitué lors du premier examen (Mathieu).

Le diagnostic est ici rendu plus délicat par les difficultés rencontrées souvent au cours des manœuvres endoscopiques.

Dans les cas où elles restent impraticables, un examen radiologique renseignera sur l'existence des deux reins. On devra pratiquer une urographie intraveineuse. L'azotémie fournira un élément indispensable à l'appréciation de l'uni ou de la bilatéralité des lésions. La lombotomie exploratrice enfin pourra constituer l'ultime ressource.

La tuberculose rénale infantile est infiniment plus grave que celle de l'adulte. La sévérité du pronostic tient, entre autres facteurs, à la fréquence des formes bilatérales, que d'Escrivan (1937) évalue à un tiers des cas. D'autre part, l'atteinte rénale n'est bien souvent qu'un élément d'une tuberculose pluri-viscérale.

Et la même sévérité du pronostic se retrouve aussi dans les tuberculoses unilatérales, où l'intervention a pu être pratiquée, car beaucoup plus fréquente que chez l'adulte est la généralisation tuberculeuse.

La *tuberculose rénale est rare* après *50* ans. Lepoutre évalue sa fréquence à 8,3 %.

Il est exceptionnel qu'on évoque ce diagnostic chez un sujet accusant des troubles vésicaux. C'est à un prostatique à urines infectées que l'on croit avoir affaire, encore que certains symptômes cadrent mal avec cette hypothèse. Ailleurs, le malade se présente comme un brightique, avec un gros rein tuberculeux exclu ; la néphrite évoluant sur le côté opposé finit par emporter le sujet. Lepoutre note encore l'absence d'hématuries chez les sujets de plus de 50 ans.

La fragilité du terrain rend bien souvent de tels malades inopérables. L'évolution est d'ailleurs assez lente pour que l'abstention soit une conduite sage, encore que Marion ait pratiqué 18 néphrectomies, avec un seul décès, chez des malades de plus de 50 ans.

Chez la femme enceinte, la tuberculose revêt l'allure d'une pyélonéphrite gravidique banale. La constatation de colibacilles dans les urines est insuffisante pour éliminer la tuberculose et pour peu que la malade présente des antécédents chargés, les explorations devront être poursuivies en vue de prouver la nature exacte de ce processus suppuratif pyélorénal.

La tuberculose rénale influe défavorablement sur l'évolution de la grossesse. Les contractions douloureuses de la vessie sont susceptibles de se transmettre à la musculature utérine entraînant l'avortement. L'albuminurie gravidique est fréquemment rencontrée, et souvent sous une forme particulièrement sévère.

Au cours de la grossesse, la néphrectomie reste longtemps possible, sans entraîner fatalement l'accouchement prématuré.

Tuberculose aviaire. — Les lésions rénales dues au bacille de la tuberculose aviaire sont exceptionnelles. Le pronostic en serait relativement favorable, la guérison pouvant survenir par traitement par la tuberculine aviaire, la néphrectomie ne trouvant son indication que dans les cas où la pyurie est particulièrement importante (Katz).

Tuberculose bovine. — Dans un cas observé dans le service du professeur Chevassu, la culture des urines a mis en évidence des colonies de bacilles présentant le type bovin.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

La tuberculose rénale est une affection fréquente ; aussi convient-il devant tout syndrome urinaire mal déterminé, de constamment penser à l'infection tuberculeuse. C'est ce qu'exprime la formule lapidaire classique :

« Toute cystite, toute pyurie, toute hématurie spontanées, survenant chez un sujet jeune, doivent faire suspecter la tuberculose rénale ».

Le syndrome de CYSTITE constituant la modalité de début la plus fréquente de la tuberculose urinaire, c'est par la discrimination d'avec les cystites non tuberculeuses qu'il convient de commencer cette discussion diagnostique.

Systématiquement, l'on devra se méfier de toute cystite qui ne cède pas facilement aux traitements banaux, voire même qui est aggravée par des thérapeutiques usuelles.

Une cystite gonococcique, dont l'épisode initial a pu passer inaperçu chez la femme, peut, par sa spontanéité apparente, prêter à discussion.

Fait-on le diagnostic de cystite tuberculeuse ? Une distinction s'impose suivant le sexe : une cystite tuberculeuse est synonyme de tuberculose rénale chez la femme. Chez l'homme, il faut faire une réserve, car on peut l'observer indépendamment de lésions rénales, comme complication d'une tuberculose génitale.

La pyélonéphrite chronique à colibacilles se traduit aussi par un syndrome de cystite et des douleurs lombaires.

Le colibaccille est trouvé dans les urines, mais on doit se souvenir que la colibacillurie ne suffit pas à signer la nature de la pyélonéphrite, car ce germe surinfecte souvent une tuberculose. On a prétendu que les urines, au cours d'une pyélonéphrite banale, étaient constamment hautes en couleurs et que ce caractère permettrait de les distinguer des urines tuberculeuses singulièrement pâles. Cette distinction n'a rien d'absolu. On devra donc se méfier devant toute pyélonéphrite dont le début n'a pas été franc, dont l'évolution traîne, surtout si elle est entrecoupée d'hématuries ; les antécédents du malade sont-ils chargés, a-t-il un peu maigri, on s'acharnera à dépister une tuberculose sous cette pyélonéphrite d'aspect banal, après qu'on en aura éliminé l'étiologie lithiasique possible par une radiographie de l'appareil urinaire.

Restent à discuter les HÉMATURIES qui peuvent constituer le signe de début d'une tuberculose urinaire. La lithiase est évidemment le diagnostic qui vient le premier à l'esprit. L'examen radiologique tranche la question, sauf le cas de calculs uriques ou uratiques perméables aux rayons.

L'hématurie néoplasique est suivie de l'émission d'urines limpides, non infectées.

Il est moins intéressant de s'attarder à discuter les formes avancées de la tuberculose urinaire qui s'accompagnent d'un cortège symptomatique suffisamment évocateur.

Une *albuminurie* chez un poly-tuberculeux peut faire discuter — lorsqu'il n'existe, bien entendu, ni pyurie, ni bacillurie — la possibilité d'une néphrite tuberculeuse ou d'une maladie amyloïde.

En somme, et pour résumer ce qui précède, on voit que la tuberculose rénale ne peut être que soupçonnée cliniquement. On ne se permet pas un diagnostic « d'impression » pour une affection dont la sanction thérapeutique est aussi grave. C'est aux moyens complémentaires, nombreux mais tous utiles dans les cas difficiles, que l'on demande les précisions nécessaires, tant au diagnostic de la lésion qu'à sa localisation.

Mais deux points méritent encore d'être envisagés :

1° La question, encore controversée, de l'existence d'une bacillurie tuberculeuse en l'absence de lésions du filtre rénal ;

2° La valeur de l'U. P. R., procédé de diagnostic nouveau en matière de tuberculose, envisagée comparativement aux explorations plus classiques.

I. La question du *passage du bacille de Koch au travers d'un filtre rénal sain* a fait l'objet de controverses multiples, non encore éteintes de nos jours, dont nous ne pouvons faire ici l'historique. Certains auteurs déclarent avoir observé des cas de bacillurie tuberculeuse sans lésion du parenchyme rénal décelable à l'autopsie.

Mais la plupart ne donnent pas de renseignements sur les critères bactériologiques qu'ils ont exigés pour l'identification du bacille. A ne pas en exiger l'acido-alcoolo-résistance, on s'expose à de graves erreurs.

Quant à l'absence de lésions visibles à la coupe du rein, elle ne peut pas être considérée comme un critère absolu de l'intégrité de l'organe. Pour avoir enlevé très précocement des reins atteints de lésions tuberculeuses jeunes, M. le professeur Chevassu a souvent constaté que la morphologie extérieure de l'organe ne montrait pas la moindre lésion. Des coupes multiples pratiquées dans divers plans sont parfois nécessaires pour mettre en évidence une lésion encore minime. Mieux d'ailleurs que la coupe, l'injection opaque des cavités rénales, pratiquées sitôt après néphrectomie, et suivie de la prise d'une radiographie renseignera sur l'existence d'une petite caverne, d'une érosion papillaire, d'une exclusion dont, en même temps, elle précisera la localisation. Et il semble que l'on puisse ramener certaines bacilluries, prétendues sans lésions du rein, à des examens anatomo-pathologiques insuffisants.

D'autre part, un tuberculeux pulmonaire est particulièrement exposé à présenter une atteinte rénale. Pour ne pas avoir pratiqué une exploration approfondie de l'arbre urinaire, pour ne s'être pas montré d'une extrême rigueur dans l'appréciation de la limpidité des urines, certains auteurs ne sont-ils pas passés à côté d'une lésion rénale ?

Il est vraisemblable que si l'U. P. R. avait été appliquée aux présumés bacilluriques sans atteinte rénale, le nombre de ces derniers se serait sensiblement amenuisé.

D'autres recherches, dont certaines très récentes, concluent d'ailleurs à l'imperméabilité du parenchyme rénal au bacille de Koch. En particulier, Saenz, Eisendrath, Sadettin et Costil n'ont jamais réussi à mettre en évidence le bacille de Koch dans les urines de 50 tuberculeux pulmonaires avancés.

II. Un dernier point reste à envisager : quelle place convient-il de réserver à l'*uretéro-pyélographie rétrograde dans la recherche diagnostique et dans l'appréciation des indications thérapeutiques*, en matière de tuberculose urinaire ?

Le diagnostic de la tuberculose rénale repose classiquement sur deux éléments : mise en évidence du bacille de Koch dans l'urine et constatation de la déficience fonctionnelle d'un rein.

La mise en évidence du bacille de Koch dans l'urine, recueillie par cathétérisme uretéral, est susceptible à elle seule d'emporter la conviction. La déficience fonctionnelle d'un rein donne, par contre, une assurance moins tangible. Associée à la présence de bacilles de Koch dans l'urine totale, elle renseigne sur le côté de la lésion. Constatée isolément chez un malade présentant un syndrome de cystite, suspecte, une hématurie ou telle autre manifestation urinaire, elle fait immédiatement soupçonner la tuberculose et incite à refaire une recherche du bacille de Koch.

Mais, d'une part, la déficience fonctionnelle d'un rein n'est pas pathognomonique de tuberculose ; d'autre part, en matière de tuberculose bilatérale, la comparaison du fonctionnement des deux reins ne renseigne que sur le côté le plus malade, mais on est exposé en se fondant sur ses seuls résultats à ignorer la bilatéralité des lésions.

Au contraire, l'U. P. R. renseigne sur :

— la nature et l'étendue de la lésion rénale ;

— son siège exact ;

— l'importance des lésions associées de l'uretère ;

— l'état du rein opposé.

Pour répondre à la question posée plus haut, pour préciser la place que mérite l'U. P. R. parmi les procédés diagnostiques de la tuberculose rénale, nous avons dépouillé un certain nombre d'observations du Service de notre maître le professeur Chevassu où furent, de concert, pratiqués les examens cytobactériologiques des urines totales et

séparées, le cathétérisme uretéral avec examen chimique des échantillons et l'uretéro-pyélographie rétrograde. Sans entrer dans le détail de ces faits, qui ont été publiés ailleurs, nous résumerons les résultats obtenus.

Dans la majorité des cas, l'U. P. R. a fourni des renseignements comparables à ceux donnés par les autres moyens de diagnostic. Dans quelques cas (et ce dans une proportion non négligeable), l'U. P. R. s'est montrée plus sensible que les examens bactériologiques ou fonctionnels.

Dès lors, une fois admis le principe d'une sensibilité au moins égale, est-il utile de pratiquer systématiquement l'U. P. R. bilatérale alors que déjà le diagnostic de tuberculose a été porté, que le côté de la lésion a été précisé par d'autres procédés ?

En admettant que l'on n'ait pas commencé l'examen par l'U. P. R., qui aurait fourni immédiatement la clef du problème, nous pensons qu'il y a cependant une utilité certaine à la pratiquer. En effet, outre certaines lésions bilatérales, que seule l'U. P. R. permet de découvrir, l'état du rein opposé se trouve admirablement précisé par le moulage de ses cavités et il en découle parfois une indication thérapeutique particulière, tel le cas où associée à une tuberculose gauche existait une ptose rénale droite avec distension pyélique, qui justifiait une néphropexie avant d'envisager la néphrectomie du côté opposé.

Si l'U. P. R. est apparue jusqu'ici comme un moyen d'exploration complémentaire, il est des cas où son utilisation apparaît indispensable. Elle présente, en effet, cet avantage d'être réalisable dans nombre de cas où une lésion de l'uretère rend le cathétérisme impossible d'un ou des deux côtés.

Réalisée à la sonde-bouchon, ou à l'instillateur, l'U. P. R. exige seulement la bonne visibilité de l'orifice uretéral. Dans 1/5 des cas environ, l'U. P. R. bilatérale a pu être réalisée, alors que l'on avait dû renoncer au cathétérisme uretéral d'un ou des deux côtés.

Enfin, faite à titre systématique, l'U. P. R. a permis, dans quelques cas, de découvrir une tuberculose rénale insoupçonnée.

Du fait que l'U. P. R. permet de déceler une tuberculose dans des cas où les autres explorations ont été impuissantes à le faire, il convient d'envisager la possibilité de pratiquer la néphrectomie sur ses seuls résultats, compte tenu, bien entendu, du fonctionnement global des deux reins. Mais si cette méthode a donné de parfaits résultats entre certaines mains, il ne saurait être question de la généraliser ; elle demeure méthode d'exception réservée aux urologues particulièrement compétents.

Les résultats de l'U. P. R. ne sont pas moins intéressants en matière de tuberculose bilatérale. On sait à quelles difficultés on se heurte parfois pour affirmer l'intégrité du rein présumé sain.

Les explorations globales de la fonction urinaire peuvent donner une présomption, jamais une certitude. Une déficience de la concentration uréique, même très marquée, témoigne que le rein en cause est le plus malade, mais non qu'il est le seul malade. La découverte de quelques polynucléaires dans les urines du côté présumé sain doit être aussi discutée, pouvant tenir à un reflux vésico-uretéral.

Dans tous les cas où l'on a un doute sur l'unilatéralité des lésions, l'U. P. R. s'impose, car susceptible de renseigner sur ce point dont l'importance pronostique et thérapeutique est considérable. C'est ainsi que 6 fois sur 10 cas la bilatéralité des lésions constitua une découverte exclusive de l'U. P. R.

En somme — et Viollet, Hryntschak, Guttierrez partagent cette opinion — l'U. P. R. apparaît à l'heure actuelle comme un temps indispensable au cours de l'examen d'une tuberculose urinaire.

INDICATIONS OPÉRATOIRES

Porter le diagnostic de tuberculose rénale est une étape importante, mais ce n'est pas la seule. Localiser le côté lésé au cas d'atteinte unilatérale et préciser la valeur fonctionnelle du côté opposé, sont deux éléments dont la connaissance est indispensable en vue de poser les indications thérapeutiques.

DIAGNOSTIC DU COTÉ ATTEINT

Le diagnostic du côté atteint est essentiellement basé sur les résultats du cathétérisme uretéral :

a) *Est-il possible*, cette détermination ne présente alors habituellement pas de difficultés ; l'unilatéralité de la pyurie, de la bacillurie, la baisse de la concentration uréique du même côté, témoignent de son atteinte tuberculeuse. Mais les résultats peuvent être moins schématiques ; il n'est pas rare de trouver, dans l'urine du rein présumé sain, quelques leucocytes dont la présence peut faire douter de l'unilatéralité de la lésion.

Avant de conclure dans ce sens, il est bon de se rappeler que la présence de ces quelques polynucléaires peut tenir à un reflux uretéral du côté sain, dont la cystographie confirmerait l'existence. Néanmoins, la méfiance est de règle en pareil cas.

b) *Le cathétérisme uretéral est-il impraticable d'un côté*, on se contente de recueillir les urines du rein correspondant par une sonde vésicale. L'uretère non cathétérisable répond en règle au rein malade, l'intégrité du rein opposé sera prouvée par les caractères de l'urine qu'il sécrète.

c) *Le cathétérisme est-il impossible des deux côtés* et le reste-t-il malgré mise au repos de la vessie et autres artifices, le diagnostic du côté atteint devient alors étrangement difficile. On ne poursuivra les recherches que si l'exploration globale de la fonction urinaire donne des résultats satisfaisants, laissant présumer l'unilatéralité.

La perception, au toucher rectal ou vaginal, d'un uretère induré se présentant sous l'aspect d'un cordon rigide possède, au contraire des autres renseignements fournis par la clinique, une grande valeur localisatrice.

La prédominance des lésions de cystite au pourtour d'un orifice uretéral présenterait encore, à défaut du cathétérisme uretéral supposé impossible, une certaine valeur ; mais les impossibilités du cathétérisme répondent, souvent, à des cas où toute la muqueuse vésicale est envahie. D'autre part, il a été publié des cas où les lésions périméatiques siégeaient du côté sain.

Chez les tuberculeux à vessie inexplorable, le diagnostic d'uni ou de bilatéralité peut être fait avec une grande probabilité par l'étude de l'azotémie et de la constante d'Ambard. Pour pouvoir affirmer que l'un des deux reins est sain, il faut que la constante soit normale : : « Dès que la constante est supérieure à la normale, on doit s'attendre à la possibilité de lésions bilatérales » (Chevassu).

Mais la néphrectomie sur la constante, dont la possibilité est démontrée, demeure une opération d'exception.

Marion a préconisé le *cathétérisme uretéral à vessie ouverte.* Mais les inconvénients présentés par la fistulisation d'une vessie tuberculeuse, qui constitue une infirmité difficilement supportable, fait à peu près unanimement rejeter ce mode d'exploration que remplace avantageusement l'urographie intraveineuse.

La lombotomie exploratrice n'a de raison d'être qu'après que l'exploration des fonctions globales aura permis d'espérer l'intégrité de l'un des reins. L'épaississement, l'adhérence de la graisse périrénale, l'examen de l'uretère, épaissi, induré, renseigneront habituellement mieux que l'aspect du rein en soi sur le côté où siègent les lésions. Mais il ne faut pas croire que cette appréciation soit chose aisée.

De ces deux dernières méthodes, l'une, le cathétérisme à vessie ouverte, doit être formellement rejetée, l'autre, la lombotomie exploratrice, ne présente plus guère d'indications, les méthodes modernes d'exploration pyélo-rénale s'y étant avantageusement substituées.

L'uretéro-pyélographie rétrograde présente, en effet, de très grandes possibilités. Point n'est besoin, en effet, que le cathétérisme de l'uretère soit possible pour pouvoir pratiquer cet examen. Il suffit simplement que le méat uretéral soit visible.

L'U. P. R. serait-elle vraiment impossible, l'urographie intraveineuse prend alors une importance de tout premier plan. Encore ne faut-il tenir compte que des clichés concluants et obtenir une image bilatérale avec un aspect absolument normal du côté présumé sain, dont l'intégrité ne doit faire aucun doute.

Appréciation de la valeur fonctionnelle du rein présumé sain

La valeur fonctionnelle du rein présumé sain est un élément indispensable à posséder en vue de poser l'indication de la néphrectomie.

Si rares que soient l'absence congénitale ou l'hypoplasie d'un des reins, cette éventualité aurait de trop graves conséquences, au cas où serait pratiquée une néphrectomie, pour qu'il n'en soit pas tenu compte. D'autre part, une néphrite du rein non tuberculeux est encore susceptible d'avoir par trop restreint sa valeur fonctionnelle pour qu'on puisse priver l'organisme d'une partie de son émontoire rénal, fût-elle tuberculeuse.

Et les statistiques du Congrès d'Urologie de 1908 montrent que du jour où il fut tenu compte de l'état du rein opposé, la mortalité opératoire de la néphrectomie tomba de 7,18 % à 2,85 %.

Le cathétérisme bilatéral a-t-il été pratiqué, on ne peut cependant tirer aucun renseignement sur la valeur du rein sain, des chiffres d'élimination uréique et chlorurée. Que le rein indemne sécrète, deux, trois fois plus que le rein tuberculeux, cela ne signifie nullement qu'il soit suffisant à assurer à lui seul la fonction d'épuration urinaire.

L'exploration des fonctions rénales par l'*élimination de la phénolsulfonephtaléine* expose à des erreurs telles que l'on ne peut se fier à seuls résultats, en l'absence d'une autre exploration, le dosage d'urée au moins (Chevassu).

Nous avons dit plus haut que le chiffre de la *constante d'Ambard* renseignait, avec une certaine probabilité, sur l'uni ou la bilatéralité des lésions.

Inversement, connaissant l'unilatéralité du processus tuberculeux, elle permet d'apprécier la valeur fonctionnelle globale des deux reins et, par suite, de présumer de la valeur du rein sain. Il est difficile de donner un chiffre limite de constante au-dessous duquel la néphrectomie est permise, d'autant que « la fonction uréique ne représente pas, à elle seule, la totalité des fonctions rénales; les altérations de la fonction aqueuse peuvent jouer un rôle considérable dans l'insuffisance rénale post-opératoire » (Chevassu).

Cependant, toutes choses égales par ailleurs, au-dessus d'une constante de 0,120, la néphrectomie devient imprudente.

Mais, pour pouvoir tirer tout le parti possible de la constante d'Ambard, il convient de connaître les causes d'erreur susceptible d'en fausser le calcul, d'en modifier le résultat. Le professeur Chevassu considère comme utile de faire établir deux constantes, l'une calculée sans poids l'autre calculée en faisant intervenir le poids du sujet.

De plus, la rétention d'eau chez les hydropigènes fausse encore le calcul de la constante, intervenant sur le taux d'urée sanguine et sur la concentration uréique de l'urine.

La néphrectomie sur la constante a été ardemment combattue par Marion, qui fait remarquer que si le cathétérisme par les voies naturelles est parfois impossible, la détermination de la constante l'est également souvent : chlorurémie, oligurie, fièvre, jeune âge et autres états encore mal connus qui influent notablement sur les altérations de la constante. La néphrectomie sur la constante exposerait, au cas de tuberculose bilatérale avec constante normale ou subnormale, à une néphrectomie superflue. Sur le vu d'une mauvaise constante, on risquerait par contre de préconiser l'abstention alors que l'unilatéralité des lésions et la suffisance de l'autre rein autoriseraient la néphrectomie.

Retenons enfin que l'*épreuve de la polyurie expérimentale* doit être pratiquée systématiquement à la veille de l'intervention, les troubles de l'élimination de l'eau pouvant jouer un rôle dans le déterminisme de l'insuffisance rénale post-opératoire.

Nous n'envisagerons pas ici les indications thérapeutiques particulières posées par la persistance post-opératoire des troubles vésicaux (ablation des ganglions hypogastriques, uretérostomie iliaque, etc.).

Il faut savoir enfin que la *bilatéralité des lésions rénales tuberculeuses* n'entraîne pas toujours l'abstention opératoire.

La néphrectomie n'a pas ici la prétention d'être curatrice. Elle possède cependant quelques indications. Une disproportion manifeste de l'importance des lésions des deux reins, dont l'un, peu altéré, paraît suffisant à assurer, momentanément au moins, l'existence, constitue une indication à la néphrectomie. Le malade doit tirer tout bénéfice de l'exérèse du rein le plus altéré, qui ne constitue plus qu'une poche de pus, entraînant souvent des douleurs, parfois des hématuries, toujours un état fébrile avec intoxication de l'organisme, exposée enfin à une surinfection toujours grave, sans parler des répercussions constantes sur le fonctionnement du rein opposé, susceptible de présenter des altérations de néphrite.

L'indication est plus discutable lorsque l'un des reins tuberculeux est entièrement détruit, mais bien toléré.

Au contraire, une atteinte égale des deux reins constitue une contre-indication à la néphrectomie.

Il est encore d'autres indications de la néphrectomie en matière de tuberculose bilatérale; ce sont les cas urgents, où Rousseau fait entrer : les phénomènes de rétention purulente avec fièvre élevée ; les douleurs rénales violentes avec paroxysmes; les hématuries rebelles mettant en danger la vie du malade; l'infection surajoutée intrarénale ou périrénale.

Dans tous ces cas, on aura recours à la néphrectomie, à moins que l'exploration fonctionnelle globale des reins ne soit pas favorable à cette intervention et conduise à pratiquer une *urtérostomie*, une *néphrostomie* définitives ou qui ne sont parfois que le temps préalable à une néphrectomie.

Mais c'est surtout le traitement médical qui convient à la tuberculose rénale bilatérale, et d'Escrivan (1937) en a étudié récemment les résultats. Surtout cet auteur a rapporté deux observations de Marion où « le traitement médical rendit cliniquement unilatérale une tuberculose rénale bilatérale », indiquant ainsi une néphrectomie retardée. Aussi et toujours sous l'inspiration de Marion, Van Der Vuurst de Vries insiste-t-il sur l'*utilité des explorations successives* sur les malades chez qui on a constaté, à un moment donné, une tuberculose rénale bilatérale.

Pour terminer, donnons quelques chiffres ayant trait au pronostic de la tuberculose rénale.

397 néphrectomies pour tuberculose ont été pratiquées de 1926 à 1938 au pavillon Albarran. Elles ont été suivies

de décès dans 9 cas, ce qui donne une *mortalité opératoire de 2,20 0/0*. Si l'on étudie ces 9 décès, on trouve :

— 2 morts par granulie ;

— 2 morts ne paraissant pas directement rattachables à la nature de la lésion rénale pour laquelle on intervenait ;

— 5 morts après néphrectomie « à chaud » pour des lésions très graves, opérées en désespoir de cause.

Rappelons enfin la conclusion du rapport de Legueu et Chevassu (1912) : après néphrectomie pour tuberculose « 1/4 des opérés meurt (de 0 à 10 ans après l'opération) ; 1/4 des opérés n'est qu'incomplètement guéri ; la moitié des opérés est guérie complètement ».

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 18 mars 1940

Influence du déséquilibre alimentaire d'origine lipidique sur la composition du muscle et du sang du pigeon. — M. Raoul Lecoq.

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 2 avril 1940

Le contrôle de la salubrité des œufs. — M. H. Martel. — Parmi les points à préciser concernant l'application du décret du 15 juin 1939, il convient de retenir :

1° La définition de l'œuf frais « stabilisé » est à reviser : il n'est pas de stabilisation pratique sans l'usage du froid ;

2° On doit favoriser la réfrigération à la production aussitôt après la ponte et le transport des œufs frais sous régime de froid ;

3° Les œufs sales doivent être réglementés comme cela s'est fait en divers pays étrangers ;

4° Il convient de définir les appellations : œufs à albumine fluorescente ou colorée ; œuf contenant des germes microbiens (précision quant au nombre) ou des microbes pathogènes ;

5° Des mesures s'imposent au sujet des œufs de cane souvent riches en bacilles paratyphiques et utilisés surtout par les pâtissiers ;

6° Les casseries d'œufs qui préparent les œufs dits liquides doivent être réglementées comme « établissements classés » ;

7° Aucune tolérance ne devrait être possible en matière de substances chimiques à incorporer aux œufs liquides ;

8° Les œufs que les services de contrôle désignent pour la biscuiterie sèche ne devraient être manipulés que sous régime de froid et utilisés dans le plus court délai.

La maladie de Harada. — M. A. Magitot. — La maladie de Harada est un complexe symptomatique dont les signes essentiels sont une inflammation de la tunique vasculaire de l'œil avec accompagnement de signes méningés et fréquemment de symptômes généraux. Plus tard peuvent survenir des modifications du système pileux sous forme de calvitie ou de canitie des cheveux et des cils.

Cette affection a été surtout observée en Extrême-Orient, mais des cas ont été décrits en Amérique et en Europe et l'auteur estime que si l'affection était plus connue dans ses différentes formes cliniques, les observations seraient bien plus nombreuses. Il en cite deux cas typiques dont un présentait une hyperlymphocytose considérable du liquide céphalo-rachidien.

La pathogénie de cette curieuse maladie demeure inconnue. D'après les auteurs japonais il s'agirait d'une infection à virus de la famille de celui de l'herpès.

Le liquide prélevé dans l'œil humain produit, lorsqu'il est injecté dans la cavité rachidienne du lapin une névrite optique et une uvéite. De même, le liquide céphalo-rachidien humain provoque, si on l'injecte dans l'œil du lapin des phénomènes oculaires typiques et bilatéraux. Certains faits observés permettent d'estimer à une quinzaine de jours la durée de l'incubation. La maladie de Harada est surtout sporadique, mais deux cas récents observés en France permettent cependant d'établir la réalité d'une contagion.

PRATIQUE MÉDICALE

Hyperfragilité capillaire et vitamine C

Dans les *Archives de Médecine*, n° 5 (1939-1940) est publié un travail particulièrement important de Simici et Papadopol concernant des recherches excessivement intéressantes sur la carence vitaminique C et l'hyperfragilité capillaire. Chez tous les malades que ces cliniciens ont explorés quant à la résistance des vaisseaux capillaires, à la constriction et à la stase prolongée à l'aide de la méthode constrictométrique de Göthlin, la fragilité capillaire était nettement augmentée, et chez 10 d'entre eux le phénomène a été très intense. De même chez tous ces malades, la carence en vitamine C était certaine. La méthode d'Harris au dichlorophénol-indophénol l'a nettement démontré, et, fait encore plus important, le traitement intensif et prolongé par l'acide ascorbique (laroscorbine) qui fut appliqué à ces malades modifia très favorablement la résistance des capillaires à la constriction et à la stase. Ces constatations d'une singulière importance justifient l'emploi de l'acide ascorbique dans le traitement de la fragilité pathologique des vaisseaux capillaires.

La laroscorbine Roche est la vitamine C synthétique cristallisée. Elle se présente sous forme de comprimés dosés à 0,05 gr., d'ampoules de 2 cm^3 dosées à 0,10 gr. et d'ampoules de 5 cm^3 dosées à 0,50 gr.

Les doses habituellement administrées sont de 1 à 4 comprimés par jour et plus, de 1 à 2 ampoules de 2 cm^3 par jour et plus par voie sous-cutanée ou endoveineuse et dans les cas graves 1 à 2 ampoules de 5 cm^3 par voie sous-cutanée ou endoveineuse.

On sait que la laroscorbine, à des doses moyennes qui peuvent être dépassées sans aucun inconvénient, est, pour ainsi dire atoxique, favorise le développement des éléments sanguins et augmente la résistance capillaire : de même, elle est antiscorbutique, antiinfectieuse, antiallergique et antitoxique; c'est un activateur général des fonctions cellulaires et elle joue un rôle fondamental dans la nutrition.

Car il faut bien savoir, en effet, que, surtout depuis les travaux du professeur Mouriquand et de l'Ecole de Lyon, les applications de la vitamine C (laroscorbine) ont largement débordé le cadre de l'avitaminose C clinique — c'est-à-dire du scorbut — pour englober pour ainsi dire toute la thérapeutique, car l'acide ascorbique conditionne, facilite et complète les traitements d'un grand nombre de maladies, infections, diathèses, états allergiques, déficiences organiques, dystrophies osseuses et dentaires, etc., et pour déterminer les états de carence, le test d'Harris qui utilise le dichlorophénol-indophénol rend les plus signalés services.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
RENÉ
VINCENT

Nos 31-32. — 17-20 AVRIL 1940. 113e ANNÉE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la Faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

Publicité : M. A. Thiollier, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e). Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpital Sadiki-Tunis. — Quatre vacances d'interne existent actuellement à l'hôpital Sadiki à Tunis. Conditions générales : nationalité française ou tunisienne, 20 inscriptions.

Adresser les demandes à M. le Directeur de l'hôpital Sadiki à Tunis, en joignant : une expédition dûment légalisée de l'acte de naissance. Les pièces justifiant la scolarité ou les diplômes et titres. Les pièces établissant la situation militaire.

Avantages accordés : traitement, 1re année, 9.000 francs ; 2e année, 10.000 francs ; 3e et 4e année, 11.000 francs, plus des indemnités diverses et le remboursement du prix de la traversée.

L'Académie de Chirurgie et la Société de Neurologie de Paris viennent de tenir les 10 et 11 avril des séances communes consacrées à la neurologie médico-chirurgicale de guerre. Les séances, présidées par M. Ducos, sous-secrétaire d'Etat à la Guerre, ont eu lieu *en comité secret*. Nous ne pouvons donc indiquer que leur ordre du jour :

1° *La conduite à tenir en présence des traumatismes cranio-cérébraux.* Rap. : MM. de Martel et Clovis Vincent ;

2° *La conduite à tenir en présence de traumatismes atteignant la moelle :* Rapporteur : M. Barré;

3° *La conduite à tenir en présence de traumatismes atteignant les nerfs.* Rap. : MM. André Thomas et Sorrel ;

4° *La conduite à tenir vis-à-vis des nerfs lors des amputations.* Rap. : M. Leriche.

Santé Publique. — Le *Journal Officiel* du 2 avril publie (p. 2380 et 2386) un décret relatif au *règlement de police sanitaire aérienne.* Ce décret précise les mesures à prendre pour la protection de la France, de l'Algérie et des colonies contre la propagation par les aéronefs du choléra, de la fièvre jaune, de la peste, du typhus exanthématique et de la variole, ainsi que les autres maladies transmissibles tombant sous le coup de la loi du 15 févrer 1902.

Guerre (*réserve*). — Par décret du 30 mars 1940 :

Sont promus dans le cadre des officiers de réserve du Service de Santé (sans rappel de solde antérieur au 15 avril 1940 :

Au grade de médecin lieutenant.

MM. les médecins sous-lieutenants ci-après désignés (Rang du 21 mars 1939) : Brisset, Karcher, Lengrand.

(Rang du 21 septembre 1939) : Roy, Alexandre, Choain, Liégeois, Maillée, Courty, Taranger, Sarros, Granier, Chaumelle, Bricaire, Dubost.

Est nommé dans le cadre des officiers de réserve du Service de Santé, à compter du 23 janvier 1940, jour de l'acceptation de son offre de démission conditionnelle :

Au grade de médecin sous-lieutenant.

(Rang du 23 janvier 1937) :

M. le lieutenant de réserve d'artillerie, titulaire du diplôme de docteur en médecine, Fitte, 11e région.

Par application de la loi du 15 mars 1927, le rang d'ancienneté des médecins sous-lieutenants de réserve ci-après désignés, est fixé ainsi qu'il suit :

MM. les médecins sous-lieutenants (rang du 1er octobre 1936) :

Bondoux, 5e région ; De Grandidier, 17e région.

(Rang du 1er octobre 1937) : Chome, région de Paris.

Sont promus dans les cadres des officiers de réserve du Service de Santé :

Au grade de médecin lieutenant.

(Rang du 13 juillet 1939) :

M. le médecin sous-lieutenant de réserve Verges, 11e région.

L'Union fédérative des médecins de réserve vient d'élire comme président, en remplacement du regretté Lardennois, le Dr Julien Huber, médecin des hôpitaux de Paris, médecin lieutenant-colonel de réserve.

Association Corporative des Etudiants en Médecine de Paris. — Grâce aux libéralités d'un grand médecin parisien dont les livres font autorité et en souvenir de sa jeunesse estudiantine vécue au Quartier-Latin autour de 1900, l'*Association Corporative* a fait remettre à M. le recteur Roussy la somme de *3.000 francs* pour être uniquement employée à l'entretien des restaurants universitaires.

En nous communiquant cette information, M. Maurice Mordagne, délégué permanent de la Corpo, nous dit son ferme espoir que ce geste charitable sera imité.

Nécrologie

Nous apprenons avec une bien vive peine la mort, à l'âge de 78 ans, du Dr Louis Hallion, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur suppléant au collège de France, membre de l'Académie de Médecine.

On doit à Hallion de nombreux et remarquables travaux de physiologie. Ses recherches sur les glandes à sécrétion interne, sur la sécrétion du duodénum, sur le sang et la circulation, sur l'adrénaline, sur la toxicité urinaire sont et demeureront classiques.

Hallion avait été cruellement frappé, il y a quelques mois, par la mort de Mme Hallion et de son gendre, le professeur agrégé Gayet, victimes d'un accident d'automobile.

Nous avons le vif regret d'annoncer la mort, à l'âge de 76 ans, du professeur G. Sanarelli, ancien recteur de l'Université de Rome.

Sanarelli, qui était un ami sincère de la France, avait fait un long séjour à l'Institut Pasteur de Paris, où il avait été le collaborateur de Roux, de Metchnikoff, de Nicolle.

On lui doit d'importants travaux d'hygiène, des recherches sur le choléra, la fièvre typhoïde, la péripneumonie, la tuberculose. Il fut l'inventeur de la technique des sacs de collodion. Après avoir quitté l'Institut Pasteur de Paris, où il laissait son disciple, Salimbeni, il fit un long séjour à Buenos-Aires, puis à Bruxelles.

Il n'oubliait pas ses amis de France et récemment encore il était revenu assister à la célébration du cinquantenaire de l'Institut Pasteur.

Sanarelli était associé de l'Académie de Médecine de Paris et grand officier de la Légion d'honneur.


DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE

SEXUALITÉ ET ÉDUCATION

II. — Education de la sexualité et de la fonction génésique (Education sexuelle) (1)

(Fin.)

Par le Professeur Pierre Nobécourt
Membre de l'Académie de Médecine

ÉDUCATION DE LA FONCTION GÉNÉSIQUE

L'épanouissement de la sexualité est marquée par l'établissement de la *fonction génitale, génétique* ou *génésique* (γενετή, γένεσις, génération), autrement dit de la *fonction de génération* ou *de reproduction*. Chez l'homme comme chez tous les êtres animés, dans le règne animal et dans le règne végétal, la Nature tend vers ce but essentiel, qui est la perpétuité de l'espèce. « Le vivant est au service de l'espèce », écrit l'abbé Monchanin (2). Ce phénomène est capital ; il domine les autres phénomènes de la sexualité. Les parents et les éducateurs ne doivent pas en méconnaître l'importance. « Négliger ce caractère génésique de l'instinct sexuel, poursuit l'abbé Monchanin, serait le mutiler, le rendre inintelligible en le privant de son orientation. »

La fonction génésique s'exerce par l'union de l'homme et de la femme, pour la génération, par le *coït*. L'individu est poussé à cet acte par une force instinctive, une impulsion (*in* vers ; *pellere*, pousser) qu'on appelle *instinct, sens, appétit, désir, besoins génésiques*.

L'acte est précédé et accompagné de sensations voluptueuses particulières causées par l'excitation des organes génitaux : *hédonisme génital* (Edouard Pichon). Normalement celui-ci est lié à un sentiment d'attirance vers un individu de l'autre sexe ; il s'agit alors d'*érotisme* (ερος, amour).

La fonction génésique apparaît avec l'éclosion de la puberté ; d'abord rudimentaire, elle se perfectionne pendant les années suivantes. C'est seulement cinq ans après cette éclosion que le jeune homme ou la jeune fille sont *nubiles* (*nubere*, se marier), c'est-à-dire, suivant Paul Godin, des reproducteurs aussi parfaits que le permet leur conditionnement individuel.

L'hédonisme génital apparaît avant l'installation de la fonction génésique. On discute beaucoup au sujet de l'âge de son apparition. Pour Freud et les psychanalistes, ce serait dès la petite enfance. Pour d'autres, l'appétit génésique et l'érotisme ne se montrent qu'à la puberté. Mais il est bien difficile de se prononcer à ce sujet.

La recherche de l'hédonisme génital, en dehors des rapports sexuels normaux, conduit à la *masturbation* (*manus*, main, *strupere*, souiller) ou *onanisme*.

« L'onanisme, écrit René Cruchet (3), est l'ensemble des moyens, généralement manuels, employés dans les deux sexes pour provoquer la sensation du plaisir sexuel, que cette sensation s'accompagne ou non d'éjaculation ». Mais il faut bien savoir que cette recherche du plaisir sexuel n'est pas toujours la cause de « l'excitation des organes génitaux avec la main », suivant la définition de Littré (4), ou plus exactement de la manipulation des organes génitaux ; René Cruchet distingue *l'onanisme vrai* et le *faux onanisme*, qu'il appelle, pour le garçon, *péotillomanie* (πεός, pénis). Mais je ne traite pas ici cette question.

Ces quelques précisions ne sont pas superflues, car, suivant la remarque d'Edouard Pichon : « Il faut savoir exactement de quoi on parle ».

Elles montrent l'importance de l'éducation de la fonction génésique. Cette éducation doit porter :

1° Sur *l'exercice de la fonction génésique ;*
2° Sur les *dangers des relations sexuelles.*

Exercice de la fonction génésique

L'éducation de l'exercice de la fonction génésique ne peut être la même pour les *garçons* et les *filles*.

Garçons. — L'éducation de la fonction génésique ne doit pas être donnée avant la puberté ; la plupart des garçons ne comprendrait pas et on risquerait d'éveiller prématurément leur curiosité. C'est donc au plus tôt pendant la quinzième année et plus, habituellement pendant la seizième, qu'il convient de la commencer. Il conviendrait de l'avancer pour les garçons à puberté précoce, de la retarder pour ceux dont la puberté est tardive ; l'avis du médecin, qui procéderait à l'examen du sujet, serait utile.

Il faut tenir compte, en outre, du milieu familial et du milieu social.

Les garçons exercent la fonction génésique le plus souvent par la *masturbation*, plus rarement et, en général, seulement vers la fin de la jeunesse, par le *coït*.

En théorie, il conviendrait de leur enseigner les notions essentielles sur ces actes, pour éviter qu'ils ne les apprennent par leurs camarades ou d'autres personnes. *En pratique*, cet enseignement est difficilement réalisable ; on voit mal un professeur dissertant en classe sur ce sujet. Les partisans les plus convaincus de l'éducation sexuelle n'insistent pas.

Havelock Ellis conseille de mettre, à la puberté, entre les mains du garçon un manuel exposant « les aspects physiques et moraux de la vie sexuelle, ainsi que les principes de l'hygiène sexuelle ». Ce manuel « devra expliquer sommairement, mais avec précision, le mécanisme des relations sexuelles et, sans aucune tendance alarmante, les principaux phénomènes auto-érotiques, mais non pas seulement la masturbation ».

En pratique, l'enseignement doit être individuel. Il doit être donné soit par le père, soit par un médecin.

« Il ne faudrait d'ailleurs pas croire, écrit Havelock Ellis, que des cours et des conférences suffisent : ce devrait être le souci des parents et de tous ceux à qui incombent la sauvegarde des adolescents des deux sexes, d'arranger, au moins une fois pendant l'adolescence, une conversation privée avec un médecin, afin de provoquer une occasion de parler librement et confidentiellement des points principaux de l'hygiène sexuelle... Dans une conversation intime et privées..., il est possible de dire beaucoup de choses indispensables qui ne pourraient l'être en public, et, de plus, le jeune homme peut poser des questions que la pudeur et la réserve ne lui permettraient pas de poser à ses parents ».

C'est certainement la solution la meilleure.

Mais ce qui importe surtout, c'est une **éducation morale** qui complète celle de la sexualité dont il a été question ci-dessus.

P. Malapert a donné des directives pour le langage à tenir à des garçons de 16 ou 17 ans, au sujet des rapports de l'homme et de la femme.

« Dans la vie de l'individu, dans son âme, tout se tient.., on ne saurait être tout ensemble méprisable dans une partie de sa conduite, respectable pour le reste ». En

---

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux*, 1940, nos 23-24 et 27-28.

(2) Abbé Monchanin. Biologie et morale sexuelles in *Questions relatives à la sexualité*. Laboratoires Lumière, Lyon, 1928-1929.

(3) René Cruchet. *Les mauvaises habitudes chez les enfants*. L'expansion scientifique française. Paris.

(4) E. Littré. *Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de l'art vétérinaire et des sciences qui s'y rapportent.* Seizième édition. J. B. Baillière et fils, Paris 1886.

ce qui concerne les rapports de l'homme et de la femme, « des préjugés nombreux..., menacent de faire perdre le sens de la vérité, de l'honneur, de la justice ».

En dehors du mariage, on ne peut avoir de rapports qu'avec une *vierge*, une *femme mariée*, une *prostituée*.

Séduire une vierge, lui faire courir les risques d'une maternité, puis l'abandonner, est une lâcheté.

L'adultère, malgré « d'étranges sophismes », entraîne la désorganisation de la famille. « C'est un mal moral et social, dont on ne saurait vraiment exagérer la gravité ». L'homme et la femme sont également coupables.

La prostitution est une plaie sociale, une forme de l'esclavage féminin. En sont responsables non seulement l'homme qui, le premier, séduit une femme, mais aussi tous ceux qui lui succèdent. « C'est par ce que des hommes sont là, prêts à acheter ces corps, que se constitue, au sein de nos civilisations, une classe de parias, de créatures misérables, envers lesquels l'homme, au nom du droit du plus fort, ne se croit plus tenu à être juste ».

Dans ces diverses circonstances, l'homme commet une iniquité ; il engage sa responsabilité morale.

La conclusion est qu'il doit observer la CONTINENCE (*continere*, contenir), c'est-à-dire l'abstinence du coït, des plaisirs de l'amour, la CHASTETÉ, quand ce mot est pris dans la même acception que le précédent (1). « La chasteté, écrit P. Malapert, est un devoir et la chasteté est un bien physiquement et moralement ».

La continence est l'objet de *railleries* et de *critiques*. On se moque volontiers des jeunes hommes qui restent chastes. On répète qu'elle est contraire aux exigences de la nature, qu'elle fait courir des dangers à la santé physique et morale.

Beaucoup de médecins et de moralistes estiment qu'elle est possible et n'est pas nuisible.

L'*Académie de Médecine*, le 3 avril 1917, à la suite d'un rapport d'Ernest Gaucher *sur les mesures à prendre contre l'extension de la syphilis* a adopté la résolution suivante : « Il est nécessaire de faire savoir aux jeunes gens que la chasteté est non seulement possible, mais recommandable et salutaire ».

Certes, souvent, le jeune homme doit lutter pour rester chaste. Les impulsions de la nature, les railleries, la gloriole de la virilité nouvelle, la curiosité, les tentations l'invitent à connaître les rapports avec la femme. « A cette époque, écrit Albert Mathieu, rappelant ses souvenirs du lycée, ce à quoi l'on rêvait surtout, c'était de faire ses premières armes. Je me rappelle, pour ma part, avec quelle curiosité mêlée d'un peu de respect, nous regardions ceux d'entre nous qui avaient fait leurs premières armes ». D'ailleurs, un préjugé très répandu est qu'il faut que jeunesse se passe.

Mais la lutte comporte un bienfait. Elle est, écrit P. Malapert, « le vrai moyen de conquérir cette possession de soi, cette fermeté de la volonté, cette discipline de tout son être, cette solidité de caractère, cette générosité de sentiments, qui font les véritables hommes ».

La continence est rendue possible par une forte *éducation morale*, souvent associée à une *éducation religieuse*.

L'homme, dit l'abbé Monchanin, peut, de propos délibéré, mener une existence chaste pour « se consacrer tout entier à ses semblables, à une vie intellectuelle ou à la vie religieuse la plus haute ».

Pour Havelock Ellis, c'est à la puberté « que le professeur de religion ou de morale, car tous les systèmes religieux ou éthiques peuvent s'adapter à cette tâche, devra prendre l'enfant en mains, non pas dans le but d'agir sur son développement proprement sexuel, mais afin d'aider à ce développement et à la manifestation de la puberté psychique, c'est-à-dire à aider la jeune âme à échapper aux dangers sexuels en attelant son char à une étoile qui l'empêchera de rester enlisé dans les blandices de la chair. ...C'est une initiation à la virilité ».

Et Havelock Ellis rappelle les *cérémonies d'initiation* lors de la puberté, pratiquées dans nombre de peuples sauvages ou à demi-civilisés, qui impliquent « un dressage rigoureux du caractère... Ces cérémonies comprennent toujours un certain nombre de rites douloureux ou très pénibles, que l'amollissement de nos mœurs a eu le tort de laisser disparaître, car l'aptitude à supporter la fatigue et la douleur est une condition essentielle de la virilité ».

D'ailleurs, il ne faut pas exagérer la puissance des besoins génésiques. Pour P. Malapert, « ces soi-disantes nécessités naturelles ne sont que des effets de l'imagination, qu'il suffit de le vouloir, de ne pas créer l'obsession, pour échapper à cette prétendue tyrannie ».

Lucien Butte (1) écrit de son côté : « Ce qui donne naissance à ces prétendus besoins sexuels prématurés, c'est la lecture des livres pornographiques, c'est la vue des images obscènes, ce sont les rêveries malsaines ».

Il importe donc d'aider le jeune homme à vivre chastement en le mettant à l'abri des tentations que lui offrent certaine littérature, certains spectacles, certaine presse, le racolage sur la voie publique, etc. Des mesures de salubrité publique sont indispensables.

Ce sont surtout les personnes qui vivent de ces livres, de cette presse, de la prostitution qui les critiquent et les raillent. Tous ceux qui en constatent les conséquences déplorables, les parents, les éducateurs, les médecins les réclament.

D'autre part, on donnera des conseils d'hygiène, on insistera sur un équilibre raisonnable entre le temps consacré à l'éducation intellectuelle, à l'exercice et au repos. On encouragera les jeux actifs et les sports convenablement choisis, la vie au grand air, etc.

La continence conduit les hommes *à se marier jeunes*. Encore faut-il qu'ils ne se marient pas trop jeunes, avant d'avoir atteint la nubilité, c'est-à-dire avant 22 à 25 ans. Du point de vue de la physiologie et de la morale, le mariage jeune est justifié. Mais dans la société actuelle, il soulève des problèmes divers, qu'il n'est pas possible d'envisager ici.

En CONCLUSION, l'éducation de la fonction génésique est essentiellement une éducation morale. Elle doit montrer aux jeunes gens l'importance de cette fonction, les responsabilités et les devoirs qu'elle comporte, son but qui est la transmission de la vie. Elle doit, écrit Sicard de Plauzoles, « préparer le jeune homme et la jeune femme à l'acte sacré de la transmission de la vie ».

Filles. — A la puberté et pendant la jeunesse, les filles n'éprouvent pas, en général, l'*appétit*, le *désir*, le *besoin génésiques*, qui tourmentent les garçons. Elles ne ressentent pas, comme eux, une forte impulsion à accomplir l'acte génésique. Elles ne ressentent guère les sensations voluptueuses, l'hédonisme génital, que provoque l'excitation des organes génitaux. La défloration, surtout quand la fille est jeune, ne lui cause aucun plaisir ; la sensation voluptueuse, que peut entraîner le coït, n'est souvent obtenue qu'après plusieurs rapports sexuels et même seulement après une ou plusieurs maternités, vers 30 ou 40 ans. « La pratique de la psychanalyse, écrit Edouard Pichon, ne nous a pas du

(1) E. LITTRÉ. *Dictionnaire de la langue française*, 1863. *Chasteté.* — « La chasteté est une vertu morale qui prescrit des règles à l'usage des plaisirs de l'amour; la continence est une autre vertu qui en interdit absolument l'usage. »

Dictionnaire de l'Académie française, 8e édition 1932-1935. *Chasteté.* « Etat de celui qui s'abstient en amour de tout plaisir illicite ». Ce mot « signifie aussi entière abstinence des plaisirs de l'amour. »

(1) Lucien BUTTE. L'enseignement de l'hygiène sexuelle et en particulier de la prophylaxie des maladies vénériennes. (Leçon du 24 janvier 1909) in *Médecine et Pédagogie*. Loc. cit.

tout appris, comme on le croirait en lisant beaucoup de travaux de l'école freudiste, que la vie psycho-sensorielle de la femme fut sous l'influence de son sens génital, mais plutôt le contraire ».

La règle comporte naturellement des exceptions et il est des filles qui éprouvent des sensations voluptueuses et les provoquent par la masturbation clitoridienne, parfois vaginale.

L'éducation morale relative à l'exercice de la fonction génésique, l'appel à la continence n'ont donc pas autant d'importance que pour les garçons. Cette éducation se confond avec l'éducation de la sexualité en général.

Il convient cependant d'instruire les filles sur l'exercice de la fonction génésique. Elles ne doivent pas ignorer l'existence des rapports sexuels. On se guidera sur les considérations exposées à propos des garçons. La mère, une éducatrice, un médecin pourront le faire dans des conversations privées.

L'instruction sera faite plus ou moins tôt, après l'éclosion de la puberté. On tiendra compte du caractère individuel, du milieu familial, du milieu social.

Il est nécessaire que la fille soit instruite quand elle entre au magasin, au bureau, à l'atelier ; sinon, elle le sera bientôt par les conversations, les propos, les exemples, les tentations.

Dangers des relations sexuelles

Je m'occupe d'abord des **garçons**.

L'éducation de la fonction génésique doit être complétée par un exposé des dangers auxquels les rapports sexuels exposent les jeunes gens.

« Après leur avoir fait connaître la loi, écrit le cardinal Perraud (1), il faut leur en faire connaître les infractions. Il faut qu'ils sachent quelles maladies, quelles infirmités, quel affaiblissement de l'intelligence peuvent causer les passions ».

Le but principal de l'éducation de la fonction génésique n'est pas de leur faire connaître les maladies auxquelles ils s'exposent. Mais, écrit Lucien Butte : « La révélation du danger qu'ils peuvent courir ne peut manquer de les rendre plus circonspects, moins téméraires, et, si on ne se borne pas seulement à faire appel à leur égoïsme, à leur prêcher la crainte salutaire de la syphilis, si on fait en même temps appel à leur responsabilité morale, au sentiment du devoir, on obtiendra, j'en suis certain, qu'ils s'exposent moins facilement et moins follement au péril qui les menace ».

Je ne parle pas ici des dangers que font courir la MASTURBATION et les RAPPORTS SEXUELS prématurés à un organisme qui est encore en période de croissance et dont les organes sexuels ne sont pas encore arrivés à complète maturité.

Ils entraîneraient l'affaiblissement général, l'amaigrissement, la fatigue, et la dépression de l'intelligence ; ils favorisent l'apparition et l'évolution de la tuberculose.

Je m'occupe seulement des MALADIES VÉNÉRIENNES. Ce sont la *syphilis*, la *blennorragie* et le *chancre mou ;* je ne parle pas de celui-ci.

Des sujets à la période de puberté et des tout jeunes gens peuvent les contracter. Cependant, elles n'acquièrent une certaine fréquence qu'à partir de la dix-septième année.

D'après une statistique d'Edmond Fournier, sur 100 cas de syphilis génitale observée chez des garçons de moins de 20 ans, la maladie a été contractée :

Avant 16 ans	2 fois
A 16 ans	4 »
A 17 ans	14 »
A 18 ans	33 »
A 19 ans	44 »

(1) Cité par Albert Mathieu.

Une statistique relative à la blennorragie donne des pourcentages de même ordre.

De cette statistique, il résulte que les maladies vénériennes sont surtout contractées à partir de 17 ans, le sont rarement avant cet âge. C'est donc pendant la dix-septième année qu'il convient d'instruire les jeunes gens sur ces maladies. Les sujets plus jeunes, à puberté précoce, pourront être admis à cet enseignement.

Les leçons sur les maladies vénériennes doivent terminer celles consacrées aux *maladies contagieuses*. Elles devront être simples. Ils n'est pas nécessaire ici d'en donner le plan.

L'utilité d'un enseignement sur les maladies vénériennes n'est plus guère discutée pour les garçons. Il n'en est pas de même pour les **filles**.

Sans doute, les filles sont en général moins exposées que les garçons. Mais, dans beaucoup de milieux, elles le sont également, et tous les médecins connaissent des exemples lamentables de jeunes filles ou de jeunes mariées contaminées dès leur premier rapport sexuel, en même temps que commençait une grossesse.

Dans beaucoup de pays, la tendance se précise d'instruire les filles aussi bien que les garçons.

Il importe de répéter, pour les filles comme pour les garçons, que les enseignements sur les maladies vénériennes ont surtout de la valeur quand ils sont associés à une forte éducation morale.

On peut, avec Havelock Ellis, conclure que les mesures propres pour lutter contre ces maladies consistent :

« A développer dans chaque individu le sens de sa responsabilité morale... ;

« A diffuser par tous les moyens modernes des connaissances précises en matière d'hygiène sexuelle, de sorte que les garçons et les filles puissent... éviter les risques ordinaires de contamination, puis, si, tout de même, ils prennent le mal, savoir le soigner dès ses débuts ».

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Les Allocations familiales médicales

Médecine et Famille nous adresse une communication dont nous extrayons les passages suivants :

« L'heure est décisive. *Le 1er avril 1940* doit rester la date où le Code de la Famille, accepté loyalement par tous, aura marqué la volonté des Français de sauver la famille et de relever la natalité en France : ce qui est plus important encore que de gagner la guerre, car il faut vivre d'abord.

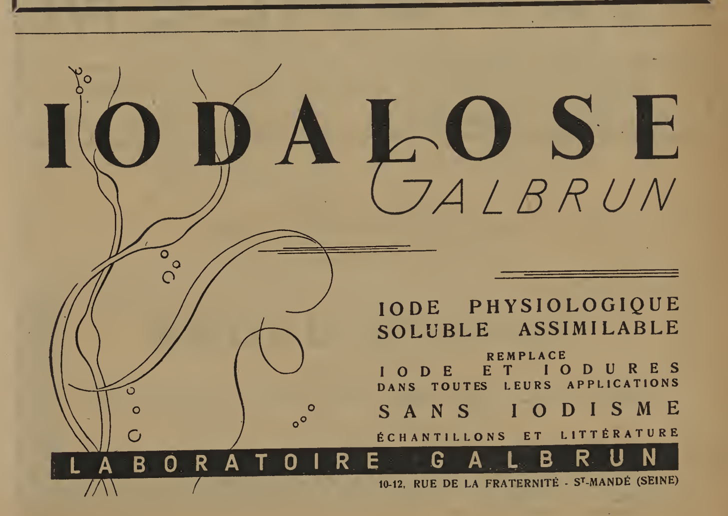
« Le Corps médical doit donner l'exemple de la solidarité par les allocations familiales. Et la loi doit être appliquée.

« Il en coûtera à tous. Même ceux qui ont élevé de nombreux enfants, mais qui n'en ont plus de jeunes, devront d'abord cotiser eux aussi pour la mise en route des allocations familiales.

« Quelques-uns parmi nous en bénéficieront : ceux pour qui c'est plus utile dans l'intérêt général.

« Donc le premier geste à faire pour tout médecin — et c'est une obligation légale — c'est de *s'inscrire immédiatement*, à compter du 1er avril, à une Caisse de Compensation ».

Pour tous renseignements à ce sujet, écrire en envoyant immédiatement les détails concernant chaque famille à *Médecine et Famille* (84, rue de Lille, à Paris, 7e) qui transmettra, au moment opportun, à qui de droit.


IODALOSE
GALBRUN
IODE PHYSIOLOGIQUE
SOLUBLE ASSIMILABLE
REMPLACE
IODE ET IODURES
DANS TOUTES LEURS APPLICATIONS
SANS IODISME
ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE
LABORATOIRE GALBRUN
10-12, RUE DE LA FRATERNITÉ - ST-MANDÉ (SEINE)

SARCOME HÉMATODE DU FOIE

Par M. le Professeur M. Loeper
Membre de l'Académie de Médecine
et MM. G. Lebret et A. Mande

On sait la fréquence de l'épithélioma du foie, surtout secondaire, mais aussi primitif, et la rareté du sarcome qui représente à peine 4 % des tumeurs du foie.

Ce sarcome est parfois secondaire au cancer de l'estomac, parfois aussi de l'intestin, de l'utérus, du testicule, des os ou même de l'œil.

Il est incontestablement, comme tous les sarcomes, une maladie du jeune âge plus que de l'âge mûr ou de la vieillesse, mais il peut se produire cependant après cinquante ans.

C'est une tumeur à petites cellules rondes ; parfois à cellules allongées, fusiformes, c'est-à-dire fasciculées ; parfois encore mélanique.

Dans ce groupe du sarcome, une tumeur se détache, assez particulière, décrite successivement par Malassez et Monod, par Brault, par Hoche et Briquel, par Carnot et Marie, Dopter, Pilliet, Launois, Masson et Pinard, par Chevassu, Rigel et Schlagenhaufer et que l'on désigne tantôt sous le nom de sarcome hématode parce qu'il est riche en globules rouges, tantôt de sarcome angioplastique parce qu'il semble plus que tout autre faire des vaisseaux sanguins.

C'est une tumeur très typique et reconnaissable, classée par certains dans les sarcomes, par d'autres dans les plancentomes, ou dans les chorio-épothéliomes.

Quelle que soit sa nature vraie, elle peut être secondaire à un noyau primitif du testicule ou de l'utérus, mais elle peut se développer d'abord dans l'estomac et aussi, peut-être plus encore, dans le foie, essaimant dans l'estomac, le péritoine et l'intestin.

La tumeur se détache sur le fond du parenchyme hépatique sous l'aspect d'un ou de plusieurs noyaux arrondis de surface variable, rouge vineux ou franchement charnue, viande hachée, ou pulpe de rate, assez bien limités et isolés. On y trouve des cellules rondes ou légèrement ovales, de volume divers, serrées les unes contre les autres, limitant des lacunes pleines d'hématies, mais surtout de gros éléments à un ou plusieurs noyaux, parfois énormes de 90 à 100 μ, creusés de vacuoles où apparaissent des hématies et même des leucocytoses et aussi quelques hématies nucléées. Les extrémités de ces cellules s'allongent et se rejoignent, et limitent des espaces irréguliers, larges, encombrés de sang. On y constate du glycogène.

On trouve aussi quelques macrophages avec du pigment ferrugineux qui semblent surajoutés à la tumeur, Les lacs sanguins ne communiquent pas ou ne semblent pas communiquer avec les capillaires du foie.

L'aspect des grosses cellules les a fait comparer à des myéloplaxes avec lesquels elles ont en effet de l'analogie ; leur exubérance et leurs anastomoses les rapprochent des cellules des angiosarcomes et justifient le nom d'angioplastiques; l'abondance d'hématies, même d'hématies nucléées, assez rares, mais authentiques, semblent leur attribuer une action hémoformative autant que vaso-formative.

Cette action hémoformative est discutable si l'action vaso-formative est certaine.

Certains auteurs voient dans les lacunes du sarcome angioplastique une ressemblance étrange avec celles du chorio-épithéliome. Pourtant, comme le dit Brault, le chorio-épithéliome est homogène et ne dégénère pas en son centre ; le sarcome angioplastique, au contraire, montre une zone centrale en désintégration. Bien plus, l'importance des formations vasculaires, bien qu'elle exagère seulement les formations habituelles de tous les sarcomes, bien qu'elle ne soit que le développement excessif du réseau vasoformatif de Ranvier ou des cordons angioplastiques de Rouget, ne ressemble que fort peu aux cavités sanguines mieux limitées du chorio-épithéliome. Elles ne semblent pas communiquer avec la circulation générale.

En résumé, nous appellerons cette tumeur hématode ou angioplastique et nous la classerons avec Malassez et Monod dans le groupe des sarcomes, c'est-à-dire des tumeurs conjonctives et vasoformatives, dont elles sont en quelque sorte l'exagération monstrueuse.

*
* *

Nous avons recueilli récemment une belle observation de sarcome hématode. Bien qu'elle ne soit ni unique, ni exceptionnelle absolument, nous avons pensé intéressant de la rapporter. Nous y joindrons une observation ancienne personnelle, étudiée avec Proust. Nous en rapprocherons d'autres cas publiés; nous nous efforcerons d'en voir les modalités cliniques et de les superposer aux caractères anatomiques.

La malade, âgée de 69 ans, entre dans le service le 29 novembre 1939, sur les conseils de son médecin, pour des douleurs épigastriques accompagnées de vomissements.

Vers 1914, pour la première fois, elle présente des douleurs de la région épigastrique, douleurs à type de brûlures, survenant environ deux heures après les repas, calmées par les aliments et par le décubitus dorsal, également calmées par les vomissements aqueux qui se produisent à l'acmé de sa crise. En même temps, du sang fut constaté dans les selles et même apparut une hématémèse abondante.

A la suite de cet épisode, un médecin ordonna le régime lacté, qui atténua les crises, fit disparaître les douleurs. Cette accalmie persista jusqu'au début de septembre 1939, bien que le régime ne fut plus exactement suivi.

A cette date, brusquement, recommencent les douleurs, plus violentes, qu'il y a vingt-cinq ans. Ce sont encore des brûlures, qui siègent dans la région épigastrique, irradient sous le rebord costal droit et surviennent tous les jours en s'exagérant chaque jour. Elles apparaissent environ deux à trois heures après les repas, persistent plusieurs heures et sont calmées quelque peu par l'ingestion d'aliments, mais la position couchée ne les modifie pas.

Parallèlement, surviennent des vomissements aqueux où la malade n'a jamais décelé la présence d'aliments. Ces vomissements calment les douleurs. On y perçoit de légères traces de sang.

Depuis cette deuxième crise, la malade est anorexique et ne peut prendre ni viandes, ni graisses.

Elle maigrit et devient asthénique. Un peu de fièvre se manifeste qui se prolonge encore aujourd'hui.

A l'examen, on est tout d'abord frappé par l'aspect fortement anémique de la malade.

Le sang ne contient que 2.380.000 hématies pour 8.500 leucocytes.

L'examen de l'abdomen révèle un amaigrissement notable. L'abdomen est souple, mais la palpation y réveille une douleur dans l'hypocondre droit. Ces douleurs ont un point maximum sous le rebord costal droit, aux environs de la ligne mamelonnaire. La palpation profonde de la région épigastrique montre la présence d'une tumeur mobilisée par les mouvements respiratoires.

Le foie apparaît dur, douloureux, de volume nettement accru ; son bord inférieur dépasse environ de quatre travers de doigt le rebord costal, alors que son bord supérieur est décelé aux environs du sixième espace.

Il n'y a aucun signe de stase gastrique : ni clapotage à jeûn, ni ondulations péristaltiques.

La rate apparaît normale.

On ne trouve pas d'adénopathie sus-claviculaire.

L'examen de l'appareil cardio-vasculaire révèle : une tension artérielle basse à 9 1/2-4, un pouls à 95. L'auscultation du cœur révèle des bruits normaux.

Des sueurs inondent la malade de temps à autre sans que la fièvre pourtant s'abaisse ou s'élève notablement.

L'examen de l'appareil respiratoire ne révèle rien d'anormal.

Une radiographie de l'estomac a été pratiquée. Elle montre un estomac allongé, descendant jusque dans la fosse iliaque, une lacune de la région basse de la petite courbure retrouvée sur les trois clichés.

La recherche du sang dans les selles s'est révélée très positive.

La recherche des graisses a montré de rares petites masses graisseuses neutres, d'assez nombreux cristaux d'acides gras, quelques savons.

Dans le sang, on trouve 0,70 de cholestérine et 0,50 d'urée.

Dans les urines : urobiline très positive, pas de pigments ni de sels biliaires.

Progressivement, l'anémie s'accentue. Les hématies s'abaissent à 1.800.000.

L'état cachectique s'aggrave et, le matin du 15 décembre, la malade ressent une douleur vive dans le flanc droit qui nécessite la morphine. Le foie est plus gros et plus sensible. L'examen du sang montre encore un déchet d'hématies de 800.000. La fièvre s'élève quelque peu. Le coma apparaît, qui persiste vingt-quatre heures et la mort survient sans aucune autre manifestation, comme par épuisement.

L'autopsie fut faite vingt-quatre heures après la mort.

Le foie très gros pèse 2.700 grammes. Il est déformé par des tumeurs saillantes, lie de vin. A la coupe, ces tumeurs multiples, de dimensions variées, sont arrondies, bien limitées, rouge vineux comme de la viande hachée. Il reste peu de parenchyme normal ; c'est un cancer hématode indiscutable.

L'estomac n'est pas indemne. Au niveau du pylore existe une tumeur bourgeonnante, rouge aussi, qui peut être la tumeur primitive ou un noyau secondaire.

Les autres organes semblent intacts. Nous regrettons de n'avoir examiné l'utérus que superficiellement.

Au microscope, le diagnostic de cancer hématode se confirme. C'est un sarcome avec des cellules pressées de toutes dimensions mais où apparaissent de grosses cellules exubérantes, d'énormes vaisseaux néoformés et de grands lacs sanguins remplis de cellules et d'hématies.

A un plus fort grossissement, on examine ces cellules. Certaines sont énormes, géantes, à protoplasma lilas, à noyau énorme, multilobé, bourgeonnant, parfois à plusieurs noyaux.

Il existe quelques caryokinèses. Parfois, sur ces cellules, de la poussière de chromatine ou des grains de plomb. Les contours sont mal dessinés, certaines cellules sont comme ouvertes. Leur protoplasma forme comme des faucilles qui entourent les hématies. Certains même ont l'air d'englober des hématies, des leucocytes.

Les leucocytes sont très abondants, ce sont des polynucléaires ou des éléments plasmocytaires.

Les hématies sont rares, il semble y avoir quelques éléments nucléés indiscutables.

Partout se voient des ébauches de vaisseaux incomplets formés par les prolongements cellulaires.

L'épreuve du ferrocyanure montre du pigment ferrugineux dans les grosses cellules et sans doute surtout dans des macrophages. Elle colore en vert certaines hématies. Le pigment est d'ailleurs peu abondant.

Dans les parties à peu près saines du foie, la réaction conjonctive intertrabéculaire est marquée ; elle sépare les trabécules qui s'isolent en travées distinctes, parfois une étoile fibreuse isolée, quelques amas sanguins, quelques paquets de leucocytes.

Cette observation est typique. La nature de la tumeur est indiscutable. L'évolution qu'elle a suivie est intéressante par trois points : la coexistence d'une lésion pylorique qui est peut être primitive et semble s'être établie sur une vieille lésion momentanément éteinte : l'apparition de sueurs abondantes qui doivent traduire une action spéciale de la tumeur et de ses sécrétions sur certains centres sudoraux : enfin, l'énorme anémie qui s'accentua dans les derniers jours et qui traduisait les hémorragies internes.

Voici une deuxième observation identique à la première, mais moins complètement étudiée :

C'est un malade de l'hôpital Tenon en 1923. Homme de 47 ans, entré dans sa maladie par une douleur pongitive à droite que l'on considéra successivement comme vésiculaire ou rénale. Les irradiations ne sont pas nettes. La douleur n'est pas franche, plutôt diffuse sans irradiation à l'épaule. Le météorisme colique dissimule pendant trois mois l'hypertrophie du foie. La douleur profonde, sourde, persista sans grande exagération par les repas mais pourtant plus forte la nuit et le foie ne fut incriminé qu'assez tard.

La glycosurie alimentaire est nulle.

La cholestérine à 0,50.

L'anémie à 2.300.000.

T. C. = 3 minutes.

T. S. = 6 minutes.

On transporte le malade à l'hôpital.

Il est opéré par Proust, qui referme et recule devant un énorme cancer du foie.

La mort survient.

L'autopsie montre un sarcome angioplastique.

Le foie pèse 3 kilos et montre des masses saillantes sur sa face inférieure.

Au microscope, on trouve des cellules et plasmodes typiques.

En somme, il s'agit encore d'une tumeur d'origine conjonctive, très hémorragique, avec les éléments caractéristiques du cancer hématode.

Nous pouvons rappeler d'autres observations dont nous avons seulement le souvenir. L'une étudiée avec Brault en 1900, l'autre avec Ribadeau en 1904.

***

Nous allons voir maintenant la fréquence, la symptomatologie, l'évolution de ce cancer hématode qui a quelques traits particuliers.

Le cancer hématode est souvent *fébrile*. On sait que la fièvre n'est pas exceptionnelle dans le cancer du

foie, surtout dans les cancers des voies biliaires. Elle peut être oscillante et présenter de grands crochets le soir. Elle n'a pas ici la même origine sans doute et la résorption du sang peut y contribuer.

Quant à la *leucocytose*, elle est parfois de 10 à 24.000 avec une formule polynucléaire.

Le foie est gros certes, mais comme il est assez fréquent dans le cancer du foie, il ne montre pas toujours d'*insuffisance*.

Les coefficients azotés restent normaux.

La galactosurie est cependant marquée. Dans notre observation, elle existe seulement dans les deux premiers verres à une concentration de 14,9 et de 4. Cette galactosurie est signalée d'ailleurs seulement dans 5/16 des cancers du foie.

Le taux de l'urée est faible, celui du sucre sanguin aussi.

La *cholestérine est basse*.

Le fait contraste avec certaines affirmations de Roffo dans les cancers en général, dans celui du foie en particulier. Le cancer, dit Roffo, a besoin pour se développer de cholestérine. C'est également l'avis de Yamagawa et les expériences de Roffo chez l'animal prouvent que l'ingestion de cholestérine accélère les tumeurs et que sa suppression réduit leur évolution.

Dans notre cas, la cholestérine est basse, elle s'abaisse dans le sang de plus en plus : 0,70, 0,60. Dans le foie même, la partie cancéreuse est plus pauvre en cholestérine que le foie lui-même : 2,5 et 2,8 au lieu de 3,5 et 6,2, d'après les dosages de Mlle Lorette.

La lésion du foie d'ailleurs ne retentit guère sur la crase sanguine.

Le temps de coagulation est de 7 minutes ; le temps de saignement de 2 minutes 1/2.

La rétractilité du caillot est normale.

Pas de signe du lacet.

Nous devons signaler particulièrement, car nous les trouvons très suggestifs, l'importance des *phénomènes généraux*.

Les crises vagotoniques sont patentes, Elles s'accompagnent d'hypotension à 10-9, de myosis, de transpirations, de défaillances et d'angoisses, d'exagération du réflexe oculo-cardiaque et sino-carotidien.

A l'origine, on peut incriminer l'hémorragie, la fièvre, mais aussi la présence dans le sang de substances toxiques venues du cancer.

Nous avons trouvé dans le sang 7 milligrammes de tyramine et jusqu'à 4 milligrammes d'histamine, ce qui est assez élevé.

L'*anémie* aussi est remarquable. Elle est énorme et progressive. Son origine ne paraît pas ici en rapport avec le cancer, mais avec l'hémorragie.

On sait que l'anémie du cancer peut être souvent attribuée à l'hémolyse, à l'aplasie médullaire et de fait, la sterno-ponction montre cette aplasie.

Nous avons même invoqué avec Faroy et Debray les variations du coefficient lipoprotéidique, l'élévation des lipides et leur combinaison avec des protides cancéreuses ; une fois aussi, l'oxyde de carbone qui, dans un de nos cas, s'élève à 13 centimètres cubes, ce qui n'est pas négligeable.

On peut relever parfois l'action du streptocoque hémolytique et on doit considérer toujours, bien entendu, l'inanition, la précarité de l'alimentation, l'absence de vitamines non stockées par le foie.

Dans nos observations, il faut incriminer surtout l'hémorragie. L'accentuation de l'anémie avec l'hémorragie intrahépatique terminale le prouve surabondamment.

La *mort en fut d'ailleurs vraiment précipitée.*

Le foie grossit. L'anémie s'accentua.

La douleur, jusque-là intermittente, supportable, exagérée par les repas fut plus violente, plus constante.

Les malaises généraux apparurent avec le myosis et la transpiration.

C'est une hémorragie intrahépatique qui semble avoir causé la mort ou l'a déclenchée.

Il y a là quelque analogie avec ce que nous avons signalé avec Brouet-Sainton dans le lymphadénome et dans certains épithéliomas du foie (1).

*
**

Tel est, dans ses grandes lignes, tout au moins, le sarcome hématode du foie, autrement dit le sarcome angioplastique.

Sa forme anatomique n'est pas si fréquente, la clinique, l'évolution n'en sont pas si banales, qu'il ne méritât cette étude.

(1) M. Loeper et J. Brouet-Sainton. *Progrès Médical*, 1938, et M. Loeper, *Presse Médicale*, 1938.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

NOUVELLES RECHERCHES SUR L'ACIDE ASCORBIQUE

Par L. Babonneix
Membre de l'Académie de Médecine

La question de l'acide ascorbique est loin d'être définitivement résolue. Chaque jour, elle suscite de nouvelles recherches. L'une des plus récentes est celle que lui consacre l'un des collaborateurs les plus distingués de M. A. Giroud, M. A. Ratsimamanga (1), et qui traite du rôle de cet acide au cours du travail.

Dans la première partie de son travail, l'auteur envisage l'*influence de cet acide sur le comportement de l'organisme au repos*.

Voyons d'abord le *glycogène*. Son métabolisme, au cours de l'avitaminose C, a été très discuté, les uns concluant à sa diminution, les autres admettant, pour le glucose du sang, une hyperglycémie, qui n'est pas admise par tous les auteurs. M. Ratsimamanga affirme, pour sa part, l'existence d'une relation très nette entre le métabolisme glucidique et l'acide ascorbique. Ses expériences montrent, en effet, que :

1° Au cours de l'avitaminose C, il se produit une baisse de la teneur en glycogène des muscles et du foie, d'une part, et, de l'autre, en acide ascorbique de la surrénale ;

2° Chez l'animal normal, malgré la pauvreté relative du régime en glucides, foie et muscles gardent une teneur élevée en glycogène, tandis que, chez l'animal carencé, la teneur en glycogène des mêmes organes reste peu élevée, quelle que soit la richesse en glucides du régime ;

3° Quand on augmente, dans le régime, la quantité d'acide

(1) Albert Ratsimamanga. *Recherches sur le rôle de l'acide ascorbique, en particulier au cours du travail*. Paris, 1939. In-8°, 85 pages. Imprimerie Chantenay.

ascorbique, le glycogène augmente parallèlement, cette augmentation devenant beaucoup plus nette quand l'alimentation est riche en glucides ;

4° Ces données sont confirmées par les examens histologiques.

La synthèse du glycogène est donc en relation avec l'acide ascorbique. Mais comment concevoir l'hypoglycémie ascorbienne (à laquelle correspond l'augmentation du glycogène) ? Sans doute, faut-il admettre un relai pancréatique, avec intervention de la vagotonine chargée de stimuler la cortico-surrénale. On sait, en effet, que l'hormone corticale augmente le glycogène, et que le fonctionnement de cette corticale dépend, en grande partie, de sa richesse en acide ascorbique.

Etant donné l'existence, au cours de l'avitaminose C expérimentale, de certains éléments : augmentation du taux de l'acide lactique musculaire, atrophie des fibres musculaire, créatinurie, l'étude du métabolisme de l'*acide créatine-phosphorique* s'imposait, puisque cet acide joue un rôle de premier ordre dans la contraction musculaire. Reprenant et complétant les recherches antérieures, l'auteur montre que :

1° Le muscle de l'animal sain contient beaucoup plus de cet acide que celui de l'animal carencé ;

2° Plus l'animal ingère d'acide ascorbique, plus la teneur des muscles en acide créatine-phosphorique est élevé ;

3° Cet acide diminue au cours du scorbut, et augmente proportionnellement à la quantité d'acide ascorbique ingérée.

Il existe donc une relation entre la teneur des muscles en acide créatine-phosphorique et la teneur des organes en acide ascorbique.

Mêmes remarques concernant l'*acide lactique* musculaire et sanguin, qui diminue à mesure que l'apport en vitamine augmente.

Ainsi, l'acide ascorbique intervient dans l'évolution du glycogène, de l'acide lactique et de l'acide créatine-phosphorique.

Deuxième partie, où l'auteur étudie l'*influence de l'acide ascorbique sur le comportement de l'organisme au travail.*

Commençons par les observations *physiologiques*. Tous les observateurs ont remarqué, aussi bien chez l'homme que chez le cobaye, que la privation d'acide ascorbique entraîne une asthénie profonde. Le cobaye privé de vitamine C devient passif, s'immobilise dans un coin de sa cage, ne fait que les mouvements nécessaires pour se nourrir, sans que cette passivité soit due à l'inanition ou aux douleurs articulaires liées au scorbut. M. Ratsimamanga, de son côté, montre que :

1° Les animaux carencés soumis à un travail unique — marche forcée dans une cage tournante — succombent beaucoup plus vite à la fatigue que les animaux normaux, cette fatigabilité s'accentuant avec la durée de la carence et semblant en rapport, au moins partiellement, avec des lésions hémorragiques ;

2° L'addition d'acide ascorbique au régime diminue généralement la fatigue ;

3° Chez l'animal recevant des doses progressives d'acide ascorbique et soumis au travail avec entraînement, les lésions sont d'autant moins marquées que les doses sont plus élevées.

Passons maintenant aux observations *chimiques*. Les expériences de M. Ratsimamanga montrent que l'absence d'acide ascorbique entraîne une accumulation d'acide lactique dans l'organisme, et qu'inversement, la diminution est d'autant plus marquée que les doses d'acide ascorbique sont plus élevées. S'agit-il là de surproduction d'acide lactique, d'une insuffisance de sa retransformation en glycogène ou d'une insuffisance de sa production ? Sans doute, ces causes interviennent toutes trois, mais, ce qui reste certain, c'est que le travail accentue la gravité de la carence C, que les capacités de travail sont diminuées chez les animaux privés d'acide ascorbique et que, du fait de cette avitaminose C, les processus chimiques sont modifiés, d'où augmentation dans les organes, et particulièrement dans les muscles, du taux de l'acide lactique.

La troisième partie est consacrée aux *rapports de la fonction cortico-surrénalienne et l'acide ascorbique.*

Chez les animaux, le travail entraîne une baisse de la teneur en acide ascorbique dans tous les organes, mais surtout dans le cortex surrénal, que, dans la glande correspondante, cet acide passe en partie à l'état oxydé réversible, en partie et, en partie, disparaît ; que la récupération du taux de l'acide ascorbique exige un repos d'au moins vingt-quatre heures. Cet acide joue donc, comme on le savait, un rôle décisif dans l'activité physiologique du cortex surrénal.

D'autres expériences du même auteur établissent que, chez l'animal au repos, la cortine exerce une action favorisante sur la glycogénèse en général, l'acide ascorbique, sur la glycogénèse musculaire. Chez l'animal au travail, ni la cortine, ni l'acide ascorbique, administrés seuls, n'accentuent la synthèse du glycogène, tandis qu'associés, ils ont un effet des plus favorables sur la glycogénèse, à moins qu'il ne soit carencé, auquel cas ils restent inactifs.

Arrivons-en aux observations *physiologiques*. On sait que l'élaboration de l'hormone corticale nécessite une haute concentration en acide ascorbique. Aussi, est-il aisé de comprendre que la surrénale soit lésée au cours de l'avitaminose expérimentale, et, surtout, que la cortine agisse sur une série de symptômes imputables à une insuffisance corticosurrénale, les signes de l'avitaminose C s'identifiant, pour une part, à ceux de l'insuffisance surrénale. Il y a donc, dans le scorbut, une partie des éléments cliniques qui sont produits par cette insuffisance, celle-ci étant manifestement sous la dépendance d'une insuffisance de la glande en acide ascorbique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 27 MARS 1940

Sur les propriétés spectrales et physico-chimiques de la colchicine. — Mlle Henriette SCHUHLER.

Essais de vaccination contre le typhus historique au moyen de Rickettsias tuées par le formol (souches pulmonaires). — MM. Paul DURAND et Paul GIROUD.

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 9 AVRIL 1940

M. LE PRÉSIDENT annonce la *mort* de MM. Sanarelli (de Rome), associé étranger, et Rubay (de Bruxelles), correspondant étranger dans la division de médecine vétérinaire.

L'emploi de la saccharine. — M. LAPICQUE, au nom de la Commission de la saccharine instituée pour répondre à une question de M. le Ministre de la Santé Publique, apporte les conclusions suivantes qui sont adoptées :

« L'Académie, à titre provisoire dans les circonstances présentes, et sous les conditions énoncées au projet de décret, accepte l'emploi de la saccharine dans l'alimentation. Elle réserve son avis pour tout autre édulcorant artificiel ».

L'éther benzyl-cinnamique dans le traitement des lésions provoquées par l'ypérite. — M. J. JACOBSON (présentation faite par M. le professeur CHAMPY). — L'efficacité de l'éther

benzyl-cinnamique dans le traitement des lésions inflammatoires chronique de nature et de localisation diverses, s'est égalcment montrée sur des lésions provoquées expérimentalement chez les chiens par le gaz d'ypérite.

Les ulcérations de l'animal traité se cicatrisent plus vite que chez l'animal témoin. La cicatrice elle-même est souple et lisse. Les lésions palpébrales régressent.

Histologiquement, on constate que dans la cicatrice de l'animal traité, l'épiderme repose normalement sur le derme ; tandis que dans la cicatrice de l'animal *témoin* on voit des endroits où l'épithélium recouvre une membrane fibrineuse qui est infiltrée de leucocytes ; mais pas un derme normal : c'est en somme une fausse cicatrisation.

De l'intoxication par les hautes pressions d'oxygène. — MM. Ch. Hederer et Louis André, médecins de la marine, font un exposé très documenté des troubles causés par l'oxygène à haute pression. L'intoxication peut revêtir la forme convulsive ou la forme à troubles pulmonaires : œdème du poumon, etc. L'oxydose aiguë s'accompagne d'un abaissement de la tension et d'hypothermie.

Commissions de Prix 1940. — Prix généraux. — *Saintour, Larrey, prix de l'Académie* : MM. Lapicque, Tiffeneau, Roussy, Rathery, Loeper, Nobécourt.

Prix Alvarenga, Pannetier, Monbinne : MM. Brumpt, Tiffeneau, Loeper, Ramon, Vallery-Radot.

Prix Perron, Sabatier : MM. Portier, Villaret, Champy, Loeper.

Prix du XIIIe Congrès : MM. Nobécourt, Gosset, Lenormant, Binet.

Médecine générale. — *Prix Argut, Barbier, Buisson, Daudet, Desportes, Dieulafoy, Dreyfous, Guérin, Guzman, Hadot, Orfila* : MM. Bezançon, Sergent, Rist, Lereboullet, Loeper, Laubry, Villaret, Laignel-Lavastine, Ribadeau-Dumas, Milian, Renault, Lesné, Tanon. — Adjoint : M. Levaditi.

Maladies de la nutrition. — *Prix Cailleret, Ricaux (diabète)* : MM. Carnot, Le Noir, Loeper. — Adjoints : MM. Baudouin, Binet.

Neuro-psychiatrie. — *Prix Baillarger, Boullard, Civrieux, Day, G. Durante, Herpin (de Genève), Leveau, Lorquet* : MM. Guillain, Claude, Roussy, Laignel-Lavastine. — Adjoint : M. Patit.

Dermatologie et maladies vénériennes. — *Fondation Anonyme, E. Gaucher, Roussilhe* : MM. Loeper, Milian, Renault, Lesné, Tanon. — Adjoint : M. Ramon.

Anatomie pathologique. — *Prix Clerc, Portal, Saint-Lager* : MM. Guillain, Rathery, Villaret, Clerc, Laignel-Lavastine, Jolly, Portier, Lemierre, Baudouin, Binet. — Adjoints : MM. Ramon, Loeper.

Hygiène et maladies contagieuses. — *Prix Boulogne, Brault, Clarens, Fournier, Garnier, Guillaumet, Guinchard, A.-J. Martin, Mesureur, Stanski, Vernois, Zambaco* : MM. Bezançon, Rathery, Loeper, Villaret, Ribadeau-Dumas, Renault, Lesné, Sacquépée, Tanon, Vallery-Radot, Levaditi, Lemierre, Trillat, Duhamel. — Adjoints : MM. Barrier, Petit, Rouvillois, Binet, Brumpt.

Tuberculose. — *Prix Audiffred, Merzbach, B. Péan, Ricaux (tuberculose)* : MM. Bezançon, Sergent, Le Noir, Rist, Lereboullet, Brouardel, Renault, Gosset, Lenormant, Chevassu, Portier. — Adjoint : M. Jolly.

Cancer. — *Prix Berrauté, Bruninghaus, Chevillon, Combe, A.-J. Marmottan, B. Péan* : MM. Sergent, Roussy, Hartmann, Gosset, Brumpt, Lemierre. — Adjoints : MM. Lemaître, Chevassu, Fredet.

Chirurgie générale. — *Prix Amussat, Campbell-Dupierris, Godard, Laborie* : MM. Hartmann, Duval, Gosset, Rouvillois, Lenormant, Chevassu.

Obstétrique et gynécologie. — *Prix Barthélemy, Huguier, Tarnier* : MM. Hartmann, Couvelaire, Rouvillois, Brindeau, Lenormant, Jeannin. — Adjoint : M. Binet.

Spécialités chirurgicales. — *Prix Ph. Durante, Magitot, Cl. Martin, Meynot* : MM. Sieur, Rouvillois, Lemaître.

Anatomie et physiologie. — *Prix Bourceret, Pourat, Testut* : MM. Lapicque, Portier, Rouvière, Mayer, Champy, Binet, Gautrelet.

Physique et chimie. — *Prix Apostoli, Buignet, Infroit* : MM. Lapicque, Tiffeneau, Portier, Strohl, Baudouin. — Adjoints : MM. Loeper, Renault, Rathery, Sergent.

Eaux minérales. — *Prix Capuron, Robin* : MM. Lenoir, Rathery, Laignel-Lavastine, Baudouin, Binet, Delépine, Bertrand.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 5 avril 1940

Trois cas de méningite cérébro-spinale de l'enfant. — MM. J. Célice, A. Remilly et Mlle Velope ont traité trois enfants par les injections intramusculaires de soludagénan associées aux injections intrarachidiennes de 1162 F à doses massives d'emblée, en surveillant la formule du liquide céphalo-rachidien et l'élimination urinaire. Les enfants ont éliminé le médicament très rapidement, sous forme de sulfamides combinés. Si les doses sont insuffisantes, on ne stérilise pas les méninges ; dans un cas où il y avait eu choc opératoire, la reprise de l'infection s'est manifesté, due probablement à l'excrétion accélérée du dagenan ; la mise en œuvre tardive de la sérothérapie a amené la guérison.

Remarques sur 19 cas de méningite cérébro-spinale traités par les sulfamides. Dosage du sulfamide dans le liquide céphalo-rachidien et le sang. Fréquence des rechutes nécessitant l'emploi de doses massives de sulfamide et association de sérum par voie rachidienne. — MM. René Martin, Pierre Sicard et Mlle Nicole Boucart ont soigné 19 cas de méningite cérébro-spinale par les sulfamides. Malgré la gravité des cas, 8 formes comateuses et 7 formes graves sont guéries ou en bonne voie de guéricon, sans rechute. Sur ces cas, 8 ont été traités par le 1162 F et 6 par le 693.

Dans un cas traité par le 1162 est survenue une rechute bénigne. Dans 4 cas, 2 soignés par le 1162 F et 2 soignés par le 693, des rechutes très graves se sont produites avec présence de méningos dans le liquide céphalo-rachidien.

Pour éviter les rechutes, les auteurs conseillent d'employer dès le début le sulfamide par voie intrarachidienne et de donner des doses fortes. Pour soigner une méningite avec le maximum de chance de succès et le minimum de risque, il faut toujours suivre l'absorption et l'élimination du médicament par des dosages du 1162 dans le sang, le liquide céphalo-rachidien et les urines. Lors des rechutes, il faut avoir recours à des doses massives et pour obtenir un résultat, il faut souvent obtenir dans le liquide céphalo-rachidien une concentration en sulfamide supérieure à 15 ou 18 mg. pour 100. Lors des rechutes, le sérum antiméningococcique associé au sulfamide dans deux cas très graves a amené une guérison rapide.

Les résultats obtenus avec le 1162 F ou le 693 sont sensiblement comparables pour les formes qui guérissent sans rechute. Lorsqu'une rechute survient, le 693 à lui seul ne peut juguler la rechute, car les doses très élevées de ce produit déterminent des vomissements ; aussi, est-on obligé d'associer 693 et 1162 F.

Dans les formes comateuses, le 693 a été injecté sous forme de soludagénan qui a toujours été très bien supporté et le 1162 a été administré par voie sous-cutanée.

(*A suivre*).

PRATIQUE MÉDICALE

Asthénie et Bénerva

L'importance de la vitamine B_1 en thérapeutique augmente considérablement. On a cru tout d'abord qu'elle était indiquée seulement dans le béribéri d'Extrême-Orient. On s'est aperçu que la polynévrite béribérique n'est pas propre à l'Asie bien qu'elle y prédomine, puisqu'on la voit aussi en Amérique et en Europe. Ce n'est pas une question de climat, mais de régime alimentaire et, depuis quelque temps, on en observe dans nos pays, de nombreux cas légers ou graves, frustes ou complets. Comme le fait remarquer si justement J. Comby, dans la vallée du Pô comme dans la province espagnole de Valence, l'alimentation par le riz peut être incriminée comme aux Philippines, en Chine ou au Japon, puisque ces riches contrées d'Italie et d'Espagne possèdent des milliers d'hectares de rizeries; mais les populations de ces régions ne vivent pas seulement de riz dépoli comme les indigènes d'Extrême-Orient ; elles peuvent avoir assez facilement une nourriture mixte qui leur assure généralement une provision suffisante de vitamine B_1. Et cependant, on rencontre dans la classe pauvre des cas de béribéri typique. On trouve beaucoup plus encore des cas frustes d'avitaminose ou d'hypovitaminose B_1.

Les petits signes qui marquent cette carence de l'organisme peuvent augmenter d'une manière notable quand il existe des périodes de sensibilisation, comme la croissance, la grossesse, les affections intestinales, la convalescence des maladies infectieuses, l'hyperthyréose et surtout le surmenage, le travail musculaire excessif.

La carence en vitamine B_1 est caractérisée, semble-t-il, par une symptomatologie digestive prémonitoire, transit digestif retardé, fermentations acides, parésie des muscles du tractus intestinal, puis par une symptomatologie cardiaque, myocardie secondaire à l'accumulation des substances intermédiaires du métabolisme des glucides qui ne réagit pas aux toni-cardiaques, mais cède très rapidement à l'administration de vitamine B_1, par les œdèmes liés à la dilatation du cœur droit et à la chloropexie des tissus par baisse de la pression osmotique du sérum, enfin par les troubles nerveux polynévritiques provoqués par l'accumulation des produits glucidiques non métabolisés dans les tissus nerveux, puis par des altérations secondaires qui frappent les cylindre-axes si la carence se prolonge.

La vitamine B_1 n'a pas seulement des propriétés antinévritiques; elle participe à l'équilibre métabolique des glucides ; elle est le régulateur essentiel des oxydo-réductions intracellulaires : la vitamine B_1 est indispensable à la vie cellulaire.

La consommation normale pour l'organisme humain de vitamine B_1 est de 1 à 2 milligrammes par jour.

Elle augmente considérablement, comme nous l'avons vu, au cours de certaines périodes de sensibilisation, fièvre, croissance, grossesse, allaitement, maladies infectieuses, convalescences, hyperthyréoses et surtout surmenage et travail excessif.

Tout récemment encore, de remarquables travaux ont été publiés qui ont démontré combien il est important chez tous ceux ayant un effort physique prolongé à fournir (enfant, adolescent, adulte) d'adjoindre à leur régime normal une certaine quantité de vitamine B_1 qui facilite le travail musculaire, l'heureux fonctionnement du métabolisme et qui permet d'obtenir sans crainte de défaillances cardiaques ou de lésions nerveuses un meilleur rendement et une résistance accrue.

La Bénerva Roche est la vitamine B_1 (aneurine) cristallisée pure. La Bénerva Roche est complètement atoxique. Des doses très élevées peuvent être administrées sans risques et dans certains cas graves, des injections endoveineuses de 5 ampoules à 10 milligrammes et plus ont été parfaitement tolérées sans actions secondaires. Elle se présente sous forme de comprimés dosés à 0,001 gr., d'ampoules de 1 centimètre cube dosées à 0,002 gr. et d'ampoules de 1 centimètre cube dosées à 0,010 gr. (fortes).

La Bénerva Roche est indiquée dans l'anorexie, l'atonie, l'entraînement, le surmenage, dans toutes les polynévrites (gravidiques, éthyliques, diabétiques, cancéreuses, tuberculeuses, syphilitiques, malariques, etc.), le béribéri, les névralgies et névrites de toute origine, arthrites, coxarthries, sciatiques, etc.) la chorée, la myélite, le syndrome de Raynaud, le tabes, le diabète, le mordançage de certains agents thérapeutiques, les troubles de l'appareil cardio-vasculaire, la dyspnée, la tachycardie, les palpitations, les œdèmes, l'acrocyanose, dans toutes les myocardies, les affections gastro-intestinales, l'hyperthyroïdie, pendant la grossesse, la lactation, en gynécologie, dans toutes les anémies, les asthénies, la croissance, la vieillesse, etc.

En résumé, la bénerva est indiquée chaque fois qu'il y a déperdition des forces, surcroît de travail, asthénie ou anémie, fatigue ou convalescence, affection aiguë ou chronique, chaque fois qu'au cours d'une période d'entraînement, par exemple, il faut fournir un effort physique prolongé, chaque fois que la consommation de la vitamine B_1 est trop considérable, car la Bénerva Roche, vitamine B_1 pure cristallisée, absolument atoxique accroît la résistance et augmente toujours le rendement de l'organisme surmené.

LIVRES NOUVEAUX

Le forage de la prostate ou résection endoscopique de la prostate, par Georges Luys. — Un volume in-8°, 252 pages, avec 96 figures dans le texte. Prix : 50 francs. Librairie Maloine, Paris.

Chacun sait que la question du traitement de l'hypertrophie de la prostate par *le forage de la prostate* ou son synonyme (retour d'Amérique) *résection endoscopique de la prostate* est constamment à l'ordre du jour de toutes les Sociétés urologiques françaises et étrangères.

Le nom de Georges Luys vient immédiatement sous la plume quand il s'agit de ce procédé.

Il était donc tout désigné pour écrire ce volume.

Depuis trente ans, en effet, il pratique le forage de la prostate et après cette longue et patiente étude, il est arrivé à établir un manuel opératoire tellement parfait qu'il met le malade complètement à l'abri des accidents graves observés au cours de la prostatectomie : le forage de la prostate, en effet, ne comporte pas de mort opératoire.

Après avoir exposé brièvement les notions anatomiques utiles, l'auteur aborde l'historique de l'intervention.

Il étudie ensuite la pathogénie de l'adénome prostatique sur laquelle il édifie sa théorie personnelle basée sur des faits indubitables, il montre la légitimité du forage de la prostate dans le traitement de cette affection, et la supériorité du forage à sec sur la résection dans l'eau y est clairement expliquée.

Suivent ensuite les indications multiples du forage de la prostate et des différents modes d'anesthésie.

Après avoir décrit toute l'instrumentation *nécessaire* au forage de la prostate, les soins préopératoires à appliquer aux malades sont attentivement étudiés.

Vient ensuite l'exposé magistral de la technique opératoire du forage de la prostate et des soins post-opératoires.

Les complications qui peuvent survenir au cours du forage de la prostate sont exposées et le pronostic du forage montre clairement l'extrême bénignité de cette méthode.

Pour terminer enfin, les résultats du forage de la prostate sont mis en lumière.

Excellent livre qui n'intéressera pas seulement les spécialistes, mais tous ceux qui veulent se faire une opinion sur la question.

La tuberculose du cobaye, par Jean Paraf, médecin des hôpitaux de Paris. Préface du professeur Fernand Bezançon. Un volume de 132 pages : 30 francs. — Masson et Cie, éditeurs, Paris.

Le cobaye tient une telle place en phtisiologie, que tout ce qui touche à ses mœurs, à son anatomie, à sa pathologie a pour nous la plus grande importance.

Il n'est pas un bactériologiste qui n'ait pas besoin d'avoir des connaissances précises sur la courbe normale du poids du cobaye, sur sa température, sur les infections spontanées auxquelles il est exposé, sur les pseudo-tuberculoses et sur le gros problème de la contagion de cage de la tuberculose spontanée du cobaye.

Il n'est pas de phtisiologue qui n'ait besoin d'avoir des notions pratiques sur l'élevage du cobaye.

Ce sont toutes ces notions que l'on trouvera dans le livre du Dr Paraf.

C'est en outre une étude de pathologie expérimentale où le physiologue trouvera en particulier à côté des formes classiques de la tuberculose dite Villemin une étude des formes paucibacillaires à marche lente qui éclaire singulièrement la pathologie humaine.

NOTES POUR L'INTERNAT

GRANULIE TUBERCULEUSE (1)

II. — **Les formes de ganulie localisée.** — Cliniquement, elles se différencient seulement des formes précédentes en ce que les symptômes *prédominent* sur un appareil. L'état infectieux aigu reste *identique*.

Telles sont :

Les granulies thoraciques.

a) *Forme suffocante :*

Leur début est *brutal :* d'emblée, apparaît une dyspnée intense qui va en s'accentuant, véritable état d'*asphyxie* avec *polypnée*, accompagnée de *frissons* avec *fièvre élevée, asthénie* extrême, parfois une *hémoptysie.*

Rapidement, le tableau se complète par l'apparition de *cyanose* intense, généralisée, mais prédominante au visage et aux extrémités qui sont froides et couvertes de sueurs.

En regard, l'*examen* donne peu de renseignements.

La palpation du thorax est *douloureuse* (atteinte pleurale), mais on ne trouve rien à la percussion, rien à l'auscultation, si ce n'est quelques sibilances disséminées. Ce n'est qu'à la période ultime qu'on peut entendre quelques bouffées de râles humides, râles dus d'ailleurs en partie à l'insuffisance cardiaque.

C'est sur l'association *syndrome infectieux, dyspnée aiguë et cyanose*, évoluant parallèlement à la *fonte musculaire intense* que se fait le diagnostic clinique, confirmé par l'aspect granité type du cliché radiologique.

La mort survient en dix jours en moyenne, dans ce syndrome d'asphyxie progressive.

Dans une forme *suraiguë*, elle peut survenir en quarante-huit heures ; c'est l'*asphyxie tuberculeuse aiguë de Graves-Jaccoud.*

b) *Forme catarrhale.* — A l'opposé de la précédente, cette forme est le plus souvent secondaire à une atteinte antérieure du poumon. Au processus périvasculaire s'adjoint une réaction du parenchyme,

la *dyspnée* y est moins intense ;

la *toux* opiniâtre et l'*expectoration* plus abondante, mucopurulente et hémoptoïque.

Cliniquement, elle a des degrés divers : de la forme bronchitique simple à la forme broncho-pneumonique ou de bronchite capillaire.

L'évolution y est plus lente ; la mort survient néanmoins dans le *même tableau* terminal asphyxique en quelques semaines.

c) *Forme pleurale.* — Individualisée par Empis.

Elle est en réalité *pleuro-pulmonaire.*

On y retrouve le même syndrome, mais *masqué* pendant quelques jours par des signes

d'épanchement pleural bilatéral, d'apparition tantôt insidieuse, tantôt, et plus souvent, *bruyante.*

Epanchement qui peut être *séreux ou hémorragique*, parfois même purulent, et dont l'examen cytologique a les caractères habituels aux épanchements bacillaires.

Mais la dyspnée et la cyanose,
la fièvre,
l'importance de la fonte musculaire

sont en discordance avec le volume de l'épanchement et non diminués par son évacuation. Mieux, ils vont s'accentuant et l'asphyxie (ou la méningite) sont le mode de mort habituel.

Les granulies pleuro-péritonéales,
soit à début pleural,
soit à début péritonéal,

dans leurs formes aiguës, partagent le même pronostic. Il s'y associe souvent une atteinte péricardique plus ou moins nette cliniquement. Ce sont des *polysérites aiguës.*

Seules, leurs formes *subaiguës* peuvent évoluer vers la guérison (Fernet-Boullaud).

Ces granulies péritonéales pures sont rares et réalisent un tableau typique de *péritonite aiguë généralisée*, dont le diagnostic est seulement vérifié lors de l'intervention.

Citons encore les granulies où prédominent des manifestations intestinales ou rénales, orchitiques ou articulaires ; *pharyngées* (avec dysphagie atroce).

Telles sont, sous leurs aspects multiples, les différentes formes de granulie, telle qu'on peut l'observer chez l'adolescent ou l'adulte jeune.

Chez le vieillard, elle est rare, mais plus atypique, assez fruste avec température modérée.

Son diagnostic peut être délicat, car la dyspnée, qui n'a jamais l'ampleur de la dyspnée aiguë, qui a été décrite, peut être mise sur le compte d'une insuffisance cardiaque.

Chez l'enfant, on observe toutes les formes de l'adulte, sauf peut-être, les formes pleurales.

Plus l'enfant est jeune, plus l'infection prend son caractère de bacillémie aiguë sans signe localisateur.

On y observe le même syndrome où prédominent *l'état infectieux aigu grave* et la *splénomégalie.* Mais chez lui, *la cuti-réaction* et les intradermo à concentrations successives acquièrent une valeur extrême, et d'autant plus que l'enfant est plus jeune.

L'*examen radiologique* est tout aussi capital.

Signalons en outre que :

chez les enfants de 6 mois à 2 ans, l'*adynamie* et la dyspnée avec polypnée sont considérables,

chez les enfants de 2 ans à 6 ans, les *signes méningés* sont toujours très intenses.

(*A suivre.*) Guy Le Sueur.

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux*, 1940, nos 27-28.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 33-34. — 24-27 AVRIL 1940. 113e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Faculté de Médecine de Paris. — Mlle Gauthiers-Villars, agrégé, est chargé des cours et conférences d'anatomie pathologique.

Faculté de Médecine de Lille. — M. le professeur Gernez est rangé dans la 4e classe.

Faculté de Médecine de Lyon. — M. Roger Froment, agrégé, est chargé du cours de pathologie interne.

Faculté de Médecine de Toulouse. — M. le professeur Gorse est renouvelé dans les fonctions de doyen pour trois ans, à dater du 1er mai 1940.

Citations à l'ordre de l'armée (Croix de guerre avec palme)

JOIE (Stéphan), médecin auxiliaire : médecin de haute valeur technique et morale et d'une rare énergie. Le 31 janvier 1940, s'est élancé en territoire ennemi, à la tête de ses brancardiers pour soigner plusieurs chasseurs grièvement blessés en exécutant une mission dangereuse. Grâce à son courage, son sang-froid et son dévouement, a permis l'évacuation rapide des blessés à travers un terrain parsemé d'obstacles et de mines. (Ordre du 28 février 1940.)

FARGEOT (Pierre), médecin lieutenant : bien que blessé à la jambe droite, le 24 février 1940, par un éclat d'obus, s'est porté au secours d'un infirmier sérieusement touché qui l'accompagnait et n'a consenti à se laisser évacuer qu'après avoir encore prodigué ses soins à un autre blessé. (Ordre du 17 mars 1940, *J. O.* du 17 avril 1940.)

Guerre. (*réserve*). — Sont nommés : *médecin aspirant*, M. le médecin auxiliaire Comisioneru.

Médecin sous-lieutenant, M. le médecin auxiliaire Clamageran. MM. les lieutenants d'artillerie, titulaires du diplôme de docteur en médecine, Barre et Ragouneau.

Sont réintégrés, les officiers rayés des cadres : le médecin commandant Noël, le médecin capitaine Batut, le médecin lieutenant Maros.

Sont nommés, à compter du 25 mars 1940, dans le cadre des officiers de réserve du Service de Santé :

Au grade de médecin sous-lieutenant :

M. le médecin sous-aide-majort Sage, 11e région.

MM. les médecins auxiliaires Cambon, 16e région; Dallet, 8e région ; Prat, 5e région ; Medwedowski, 15e région ; Brzezcki, région de Paris ; Dubarry, 16e région ; Robert, 16e région ; Dupeyron, 16e région ; Boyer, 16e région ; Bachelin, région de Paris ; Chauvot, 8e région, Monange,

8e région ; Raillon, 13e région ; Froyez, région de Paris ; Roucayron, 16e région ; Dumont, 6e région ; Peguret, 16e région ; Bouvier, 8e région ; Hamelin, 5e région ; Cordier, 6e région ; Poisot, 14e région ; Charpy, 8e région ; Ruchaud, 9e région ; Pouyanne, 18e région ; Devos, 1re région ; Dechaume-Montcharmont, 8e région ; Lemonon, 14e région ; Monnet, 14e région ; Lévy, région de Paris ; Carrier, 4e région ; Mimouni, 19e région ; Rault, 3e région ;

Voir la suite des Informations, page 348.

CHRONIQUE

LEÇON INAUGURALE DU PROFESSEUR PASTEUR VALLERY-RADOT

Mardi dernier, M. Pasteur Vallery-Radot a pris possession de la chaire de pathologie médicale où il succède au professeur Abrami.

Une affluence considérable avait été attirée par l'enseignement du nouveau professeur dont la forte personnalité, autant que les beaux travaux, supportent sans faiblir un héritage illustre.

Bien avant l'ouverture du cours, l'amphithéâtre était comble. Dans l'hémicycle : Mmes Widal et Roussy, puis le président Millerand ; M. Alfred Lacroix, secrétaire perpétuel de l'Académie des Sciences. L'Académie française est représentée par MM. Henri Bordeaux, Paul Valéry, Georges Lecomte, Georges Duhamel, François Mauriac.

Je note ensuite au hasard des entrées et je m'excuse de ce désordre : MM. Marchoux, Pagniez, Saenz, Ramon, Guéniot, Guérin, Nègre, Me Ader, M. Charlety, recteur honoraire ; MM. Louis Martin, Souques, Macaigne, Etienne Chabrol, Georges Labey, Thierry de Martel, Julien Huber, Quiserne, Victor Boucher, Nicaud, E. de Massary, E. Fourneau, Gabriel Bertrand, Serge Gas, Sorrel et Mme Sorrel-Dejerine, MM. les professeurs Leclainche, Sergent, Clerc, Noël Fiessinger, Léon Binet, Gregorio Marañon (de Madrid); les médecins généraux inspecteurs Rouvillois, Sacquépée et Blanchard, le médecin général Mathis, le professeur Jean Lépine, doyen de la Faculté de Médecine de Lyon ; S. E. de Souza Dantas, ambassadeur du Brésil; le vicomte de Rohan, le marquis d'Ormesson, les professeurs Lereboullet, Rathedy, Henri Bénard, Aubertin, Fernand Bezançon, Nobécourt, Lévy-Valensi, M. Gallandou Diouf, député du Sénégal ; enfin, M. de Monzie, ministre des Travaux Publics, qui, avec une exactiture remarquable, arrive au moment où le nouveau professeur fait son entrée, précédé du massier et accompagné de M. le recteur Roussy et de M. le doyen Tiffeneau.

La délégation en robe comprend MM. les professeurs Gosset, Guillain, Lemierre, Laignel-Lavastine, Debré, Chevassu, Abrami, Laubry, Gougerot, Polonowski, Mondor ; les professeurs agrégés Heitz-Boyer, Mollaret, Etienne Bernard, Justin Besançon, Moreau, de Gennes, Delay et Mlle Gauthier-Villars.

M. le doyen Tiffeneau souhaite la bienvenue au nouveau professeur, il lui dit sa joie et son émotion de l'accueillir. Il rappelle le souvenir de Widal, le maître aimé de Pasteur Vallery-Radot, puis évoque la grande figure de Celui dont le nouveau professeur réunissait naguère, avec une piété filiale, les œuvres complètes.

Les premiers mots de M. Vallery-Radot sont pour dédier sa leçon à son maître si regretté, Fernand Widal.

Puis il remercie ses collègues qui l'ont élu, le recteur Roussy qui l'a si vivement encouragé et « qui restera le grand recteur de l'Université » ; le doyen Tiffeneau, qui lui servit si souvent de guide. Il s'adresse alors aux étudiants et leur exprime son ambition de leur faire comprendre l'enchantement des études dans cette chaire où Abrami dépensa tant de cœur. « Aucun effort n'est stérile », dit-il, et il montre en un saisissant raccourci comment toutes les recherches faites depuis le XVIIIe siècle s'enchaînent pour aboutir aux travaux et aux conceptions modernes.

M. Pasteur Vallery-Radot rappelle que dans l'Amérique du Sud, les Facultés de Médecine portent le nom de « Facultés des Sciences médicales », ce qui, en somme, est plus conforme à la réalité. C'est à l'étude de ces sciences que l'ont formé ses maîtres : Chauffard, « un grand seigneur de la médecine au tempérament d'artiste ». Il avait le sens de l'harmonie et du travail méthodique.

M. Souques qui n'eut jamais une parole d'envie. Avec lui Pasteur Vallery-Radot connut la douceur de l'intimité entre maître et élève et il s'écrie : « Quelle magnifique institution que l'internat » !

M. Macaigne avait été son premier maître à Tenon, Pasteur Vallery-Radot lui dit sa reconnaissance.

D'autres furent encore ses maîtres : Landouzy, Chantemesse, Ricard, Guillain, Pagniez, Calmette et Yersin.

M. Roux l'initia à la méthode rigoureuse de l'Institut Pasteur.

M. Roux vivait comme un moine, exaltant les jeunes au travail « qui était sa prière »... « Maintenant qu'il n'est plus, le monde a perdu de sa valeur ». Ainsi en est-il pour Emile Roux et Fernand Widal.

Widal travaillait avec ferveur et il était un merveilleux animateur, il stimulait sans cesse ses élèves, leur faisait contrôler ses examens cliniques par le laboratoire, car pour lui le laboratoire était un adjuvant et non un remplaçant de la clinique. Au cours de ses recherches, il avait des alternatives d'enthousiasme et de découragement, mais il voyait toujours clair, « nous le suivions, nous l'aurions suivi jusqu'au bout du monde ». C'est que Widal savait se faire aimer de ses élèves comme il les aimait lui-même. Il fut un grand chef d'école.

Le nouveau professeur s'adresse encore aux étudiants, il trace un rapide programme de l'enseignement qu'il se propose de leur donner... après la guerre.

Dans une émouvante évocation, M. Pasteur Vallery-Radot envoie enfin une pensée ardente à ses camarades d'un bataillon de chasseurs de l'autre guerre et dit sa douleur que leur sacrifice ait été vain....

F. L. S.

LA TRANSFUSION SANGUINE AUX ARMÉES (1)

Par le médecin général inspecteur Marotte
du Cadre de réserve

La transfusion sanguine est passée aujourd'hui dans le domaine des interventions d'urgence les plus nécessaires. Nul ne saurait plus en contester la valeur ; aucune médication ne peut la remplacer dans les cas de grande hémorragie et, dans certains états de choc, rien ne saurait suppléer la transfusion, cette véritable « greffe sanguine », suivant l'heureuse expression de MM. Maisonnet et Barthélemy, laquelle vient remplacer la matière spoliée par une autre rigoureusement identique.

Un peu partout l'on a créé et l'on perfectionne sans cesse des *organisations de transfusion d'urgence ;* il n'est plus d'établissement hospitalier ni de clinique dignes de ce nom, qui ne se soient préoccupés d'en assurer les bienfaits à leur clientèle. Il était logique que l'on y pensât pour les formations sanitaires de l'armée.

Au cours de la guerre 1914-1918, la transfusion fut, au moins au début, relativement peu employée. La nécessité d'opérer de bras à bras, la rareté de l'instrumentation nécessaire, l'ignorance de la qualité exacte du sang transfusé limitèrent longtemps les interventions; l'ingéniosité de chacun suppléait souvent à l'outillage. Cela dura jusqu'au jour où Hédon et Jeanbrau introduisirent aux armées le procédé du sang citraté incoagulable, qui devait sauver tant de blessés.

Il convenait donc d'organiser la transfusion sanguine en temps de guerre d'une façon à la fois rationnelle et pratique, d'en édicter les règles, sans oublier la question importante des donneurs. C'est à quoi tendirent les travaux de M. Weismann-Netter (2), qui, un des premiers, signala l'impérieuse nécessité d'une telle organisation et qui, avec M. Tzanck, transmit au ministre de la Guerre français un rapport tendant à doter les formations sanitaires des armées d'appareils modernes et à recruter les donneurs sanguins.

Puis, successivement, intervinrent divers éléments fort intéressants. Ce furent les communications de MM. Jeanneney, Servantie et Jullien-Viéroz *qui créèrent en France, dès 1934, la méthode du sang conservé*, dont l'intérêt pratique pouvait être immense pour les armées et qui était susceptible d'imprimer une orientation nouvelle à la transfusion en campagne (3); ensuite l'excellente revue d'ensemble des divers projets d'organisation proposés pour les armées étrangère, que présenta le Dr Ritter au premier congrès international de la transfusion sanguine. Après lui, les travaux et délibérations concernant la transfusion sanguine aux armées allèrent en se multipliant. Citons en particulier l'article de M. Couturat (4), les directives données par le médecin général inspecteur Rouvillois dans son discours d'inauguration du Congrès de chirurgie de 1936, les débats présidés par Rieux et par Jeanneney aux 2e et 4e Commissions du deuxième Congrès international de la transfusion sanguine, les communications de MM. Maisonnet et Jeanneney à l'Académie de Chirurgie (juin 1932), Maisonnet et Barthélemy, Gosset, Levy-Solal et Tzanck, à l'Académie de Médecine (février 1939).

Je n'aurais garde de terminer cette énumération sans rappeler les enseignements fournis par la guerre d'Espagne et rapportés par Jeanneney (5) et par les journaux médicaux espagnols.

***

A la lumière de ces divers documents, voyons comment à l'heure actuelle se présente la transfusion sanguine aux armées.

En lui-même, son principe est admis sans conteste toutes les fois que la vie d'un blessé est mis en danger par une perte considérable de sang.

Le premier problème soulevé par cette organisation est celui des *donneurs de sang.*

Certains ont proposé de les rechercher dès le temps de paix. Le groupe sanguin de chaque soldat serait alors inscrit sur son livret individuel et sur sa plaque d'identité, voire même, ont dit quelque-uns, tatoué sur sa peau. L'on aurait ainsi, au moment du besoin, dans tout militaire mobilisé, un donneur éventuel sans qu'il soit nécessaire de recourir à une recherche préalable et tout blessé, lui-même classé d'avance, pourrait dès lors recevoir le sang d'un donneur compatible avec le sien.

Cette solution, qui est fort séduisante de prime abord, se heurte à des difficultés pratiques qui l'ont fait abandonner par la plupart de ceux qui l'avaient préconisée. Elle suppose, en effet, réalisée chez tous les militaires de la métropole et des colonies, une vaste enquête extrêmement délicate, où des confusions nombreuses peuvent se produire du fait des homonymies et des erreurs matérielles d'inscription sur les listes; les unes et les autres pouvant par la suite conduire à des inexactitudes insoupçonnées redoutables.

On ne sera donc pas surpris que la Commission internationale de standardisation du matériel sanitaire, ayant à définir la plaque d'identité standard, se soit abstenue de faire figurer le groupe sanguin du porteur de la plaque sur le modèle qu'elle a arrêté (6).

On a pensé ensuite limiter la recherche systématique, effectuée dès le temps de paix, au personnel désigné pour les formations sanitaires ; mais utiliser ce personnel comme donneurs équivaudrait à diminuer son rendement en cas de combat, c'est-à-dire au moment où il est indispensable.

Finalement, c'est aux blessés et aux gazés légers, dits récupérables à court terme, ainsi qu'aux éclopés

---

(1) Extrait de notre rapport à la XIVe Session de la Commission d'Etudes du Matériel sanitaire (Genève). In *Rev. Internationale de la Croix-Rouge*, Genève, 21e année, n° 251, p. 871-894. Autorisation de la censure n° 4 S/C.

(2) *Presse Médicale*, 1931, p. 1661.

(3) *Soc. Anat. Clin. de Bordeaux*, 14 mai 1934 et *Soc. de Chir. de Paris*, décembre 1934.

(4) *Presse Médicale*, 27 mai 1936.

(5) *Gaz. Hebd. des Sc. Méd. de Bordeaux*, 21 août 1938.

(6) *Revue Internat. de la Croix-Rouge*, oct. 1938, p. 898.

soignés dans les formations sanitaires qui gravitent autour de l'hôpital d'Evacuation primaire que l'on devra faire appel (Pilod, Ritter).

La question se trouvera, à tous points de vue, singulièrement simplifiée si l'on adopte *la méthode du sang citraté conservé* préconisée en France par Jeanneney, le premier (1934).

Certes, *le sang frais* est, *a priori*, préférable. Mais, une fois admise sa primauté, et son utilisation aux jours et aux secteurs calmes, il faut bien reconnaître que la transfusion effectuée à l'aide du sang conservé à la glacière supprime la plupart des difficultés précédemment envisagées et qu'elle est appelée à jouer dans les conflits un rôle tout à fait primordial. La preuve nous en est fournie dans l'enthousiasme manifesté à son égard tant par les médecins espagnols qui ont rapporté sur cette question, que du côté des Italiens en mission auprès des armées nationalistes (7).

Il résulte nettement de ces relations que la transfusion à l'aide du sang conservé a fait ses preuves et que sa supériorité pratique sur celle effectuée avec le sang frais en permettant, dans la zone de l'avant, de se passer d'un donneur vivant, est désormais nettement établie.

Cela n'a rien pour surprendre quiconque à parcouru les nombreux travaux que Jeanneney a présentés seul ou avec divers collaborateurs : Servantie et Jullien-Viéroz, Wangermez (8), Ringenbach (9), etc., etc., dans des publications séparées ou devant les Sociétés savantes, desquels il ressort nettement que le sang citraté conservé à la glacière garde pendant une quinzaine de jours les mêmes propriétés que le sang frais.

Toutefois, si ses propriétés biologiques sont à peine altérées, si sa capacité respiratoire ne varie pas et si les groupes restent constants, on constate cependant à partir du douzième jour des modifications d'ordres divers :

a) *Histologique :* contractions, dentelures, pertes de substance des hématies, destruction des leucocytes ;

b) *Chimique :* diminution progressive du sodium et du glucose, augmentation du phosphore, des protéines et du potassium ;

c) *Physique :* changements dans la densité, dans la charge et la conductibilité électrique, enfin dans la sédimentation dont la vitesse diminue à mesure que la durée de conservation se prolonge.

Ces constatations témoignent du soin minutieux apporté à l'étude du sang conservé ; elles n'ont pas empêché la transfusion de parfaitement réussir au delà du vingtième jour, mais il va sans dire que le sang utilisé avant le douzième jour demeure toujours préférable.

Bien entendu, ce sang aura été prélevé sur des *donneurs* parfaitement sélectionnés.

Les Russes, à la suite de Judine, ont préconisé, avec une publicité un peu bruyante, l'emploi *du sang de cadavre.*

Mais ce procédé se heurterait en France, d'abord, à la répugnance, obstacle physiologique qu'il serait possible de combattre ; ensuite, à un empêchement juridique tenant à l'impossibilité légale de toucher à un cadavre moins de vingt-quatre heures après la mort.

« La transfusion du sang de cadavre n'est pas un progrès (Tzanck). Nous n'avons aucune raison de l'adopter.

La question du stabilisant a été longuement étudiée. De tous, le plus maniable, le moins coûteux et le plus pratique, est le citrate de soude. P.-E. Weil a conclu son rapport en 1928 en déclarant que plus de 4.000 cas personnels de transfusion citraté lui permettaient « d'en vanter les avantages et d'affirmer l'absence d'incidents quelconques ». La méthode de transfusion par sang conservé s'avère donc aussi pratique qu'avantageuse ; elle garde toute sa valeur.

« Avoir ainsi des réserves de sang, comme on a du sérum, représente un indiscutable progrès ». (Maisonnet et Jeanneney.)

Organisation de la transfusion aux armées. — C'est à Pilod que revient l'initiative des premières bases d'une organisation méthodique de la transfusion dans l'armée française. Cette organisation a pour cadres les laboratoires d'armée dont une section spéciale pourvue du personnel idoine nécessaire devra :

1° Recruter parmi les éclopés, petits malades et petit blessés, des donneurs soigneusement sélectionnés ;

2° Stocker leur sang dans des ballons de 250 centimètres cubes conservés à la glacière ;

3° Vérifier, entretenir les stocks et les renouveler en temps opportun ;

4° Approvisionner les formations sanitaires d'avance ou au moment des besoins avec du sang conservé du groupe IV.

Les H. O. E. et leurs ambulances satellites pourront utiliser le sang des donneurs de toutes catégories correspondant à la catégorie des receveurs. A défaut de sang conservé ou devant une impérieuse nécessité de transfuser du sang pur, l'on pourra avoir recours directement aux militaires des formations sanitaires.

Maisonnet et Jeanneney, portant la conception de Pilod devant l'Académie de Chirurgie, l'ont schématisée de la manière suivante :

A l'intérieur, à côté des services de transfusion de sang frais analogues à ceux organisés à Paris par Tzanck, des centres, institués dans chaque laboratoire régional, prélèvent du sang parmi des donneurs sélectionnés fournis par les réformés, les hommes du service auxiliaire, les ouvriers des usines de munitions (hommes ou femmes), les employés des chemins de fer et enfin, parmi les *volontaires du sang*, en particulier les femmes, dont le zèle serait reconnu par un insigne particulier. De cette façon, l'on obtient des réserves de sang, d'une part pour les hôpitaux du territoire (sang des groupes I, II, III et IV), d'autre part, pour les armées (groupe IV-O) auxquelles le sang conservé est expédié par autos ou par avions sanitaires

---

(7) De Blazion. *Rinascenza Medica (Naples)*, 31-XIII, 1937.

(8) *Gaz. Sc. méd. de Bordeaux*, oct. 1937 et mars 1938.

(9) La transfusion du sang conservé. Monographie de *La Médecine*, 1938.

Traité de la transfusion sanguine. Un volume 396 pages (Masson, édit., Paris, 1940).

revenant à leur base de départ après les évacuations de blessés : les unes comme les autres étant munies de glacières indispensables à ces transports. Le temps moyen d'utilisation de ce sang est de dix jours avec possibilité d'un maximum de vingt jours.

« Aux armées, des réserves de sang seraient constituées facilement dans les laboratoires d'armée, d'une part avec les sangs envoyés de l'intérieur par des moyens rapides (autos, avions), d'autre part par des prélèvements opérés sur place sur des éclopés et des évacués choisis uniquement parmi les donneurs universels.

« Le sang, conservé dans des glacières au laboratoire d'armée serait rapidement acheminé au moyen d'une voiture automobile de liaison, munie d'une caisse renfermant un réfrigérant (saumure glacée, ou, mieux, neige carbonique), vers les formations sanitaires de l'avant (groupes sanitaires divisionnaires, ambulances mixtes légères du groupement de corps d'armée et autres formations chirurgicales avancées) ».

Un organe central placé au G. Q. G. connaissant constamment les besoins des unités combattantes et les disponibilités de l'arrière serait nécessaire pour coordonner l'ensemble (Jeanneney, Sarrat, Giacardi et Thilliard).

Comme on le voit, les auteurs de l'importante communication qui précède admettent la transfusion dans des postes avancés. Cela paraît très naturel pendant les périodes calmes ou pendant les stabilisations prolongées, mais, en Espagne du moins, la méthode du sang conservé s'est révélée peu pratique dans les formation de l'avant pendant la guerre de mouvement des derniers mois. Il faut, en effet, en pareil cas, envisager des envois réguliers qu'une offensive démasquée trop tard peut empêcher d'arriver, et d'autre part, on ne peut guère accumuler d'avance de trop grandes quantités de sang que l'ancienneté rendra inefficace. « Lors des déplacements brusques, cette méthode de première valeur ne vaut plus que pour des cas d'espèces que le chirurgien consultant devra préciser. » (Maisonnet et Barthélemy.)

***

Nous avons vu plus haut combien la méthode directe de transfusion du sang frais qui, en temps de paix, jouit d'une faveur très justifiée, peut, en campagne, se heurter à des difficultés qui, de ce point de vue, assurent la suprématie à la *méthode du sang conservé*. De très grandes quantités de sang peuvent tout d'un coup, après une action importante, se trouver nécessaires. On ne les trouvera ni sur les combattants, ni sur le personnel médical ou infirmier, lui-même surmené par l'action. Sauf pour un blessé ou deux pour lesquels l'urgence sera telle qu'il faudra d'office trouver un donneur sur place, ce sont les non combattants de l'intérieur qui devront fournir ce sang, qui, recueilli dans des centres organisés à cette fin, aura été dûment stocké en grandes quantités.

MM. Gosset, Lévy-Solal et Tzanck, abordant ce problème dans la communication qu'ils ont présentée à l'Académie de Médecine, le 7 février 1939, se sont précisément demandé de quel ordre de grandeur peuvent bien être les nécessités éventuelles. Ils les ont évaluées à 50 ou 60 litres de sang par centres, ceux-ci pouvant être multipliés, si besoin, par la création de sous-centres. Il est bien évident que le *sang conservé* peut seul satisfaire à de telles exigences. Mais il reste à choisir le meilleur matériel à utiliser tant pour le prélèvement du sang, que pour sa conservation et son transport. Deux techniques sont à retenir : celle de Tzanck et celle de Jeanneney :

1° Retiré à l'aide de l'appareil Henry et Jouvelet et recevant dans un mélangeur une goutte de solution de citrate de soude et 5 gouttes de sérum glucosé par centimètre cube, le sang arrive dans un grand ballon de 1 litre, muni d'un filtre métallique, qu'il suffit ensuite de renverser pour permettre, par le seul effet de la pesanteur, la répartition dans des ampoules de 250 centimètres cubes. Ces ampoules sont placées à la glacière dans des boîtes en carton ondulé; elles en sont retirées au moment du transport pour être disposées par 6 dans un récipient capable de conserver le froid (saumure ou réfrigération automatique). Pour effectuer la transfusion, l'on n'a plus qu'à adapter à l'ampoule un tube en caoutchouc muni d'un filtre et aboutissant à une aiguille à ponction et à faire tremper ce tube en son milieu dans une cuvette pleine d'eau à 40° pour réchauffer le sang ;

2° On peut utiliser un système plus simple encore (Jeanneney) en aspirant directement le sang dans une ampoule de 250 centimètres cubes contenant 15 centimètres cubes de citrate de soude à 10 % qui est ensuite scellée et mise à la glacière d'où elle est retirée pour réaliser la transfusion comme une simple injection intraveineuse.

***

Telles sont les notions que nous possédons actuellement sur la transfusion sanguine dans les armées. Il semble bien que la méthode du sang conservé soit dans ce cas particulier la plus simple, la moins dangereuse et la plus pratique. Elle est évidemment conditionnée par la possibilité d'envois réguliers, par la durée limitée de la conservation du sang, par la nécessité d'avoir des glacières dans les formations sanitaires pour stocker le sang reçu, tout autant de conditions qui peuvent n'être pas remplies dans la zone des armées pendant les grandes offensives et pendant les périodes d'instabilité (exemple guerre d'Espagne). On ferait alors appel à la sérothérapie à l'aide des sérums de Normet ou de Bayliss, surtout chez les blessés profondément anémiés à pouls difficilement perceptible.

Etudes neurologiques, par Georges Guillain, professeur de clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine, médecin de la Salpêtrière (8e série). — Un volume de 420 pages avec 72 figures. Prix : 90 francs. Masson, éd., Paris.

Pathologie chirurgicale de la rate, par Pierre Goinard, chirurgien des hôpitaux d'Alger. — Un volume de 174 pages avec 4 figures et 11 planches. Prix : 55 francs. Masson, éd., Paris.

LA DÉMENCE AU TEMPS DE L'ACTION

Par R. Benon
Médecin de l'hôpital psychiatrique de Nantes

L'article 64 du Code pénal dit : « Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister ». La question de la force majeure ne relève pas de la neuro-psychiatrie. Pour la démence, qu'est-ce à dire très exactement ? Comment faut-il concevoir, définir ce mot ? « Il y a toujours profit pour tout le monde (vient de dire encore quelqu'un) à dénombrer et à classer, afin de se faire des gens et des choses une idée claire, de mettre de l'ordre dans les notions de l'esprit, souvent embrouillées, et aujourd'hui plus que jamais, par l'abus des mots et de la confusion du vocabulaire, qui est le grand péché contemporain ».

La démence

La démence au temps de l'action, c'est la « folie », c'est l'aliénation mentale, ce sont toutes les maladies relevant spécialement de la psychiatrie. Ce n'est donc pas seulement l'affaiblissement des facultés cérébrales : le sens médical propre du mot démence n'est pas le même que le sens juridique. On peut le regretter, mais il n'est guère bon ni sain de passer son temps dans les regrets.

Une maladie nerveuse fonctionnelle, dynamique, bien caractérisée, comme hystérie avec crises, comme asthénie psychique et musculaire sans délire, ne doit pas être considérée d'emblée ou nécessairement comme un état de démence. En cas d'asthénie typique avec réactions colériques et criminelles, il y a lieu cependant de conclure catégoriquement à l'aliénation mentale ou démence dans le sens de l'article 64 du Code pénal. Quelques faits (1 %) sont difficiles à classer. De toutes manières, la démence au temps de l'action, dans l'esprit du juge, est certainement un état pathologique *durable*. En est-il de même pour les médecins spécialistes ? La clarté a-t-elle été faite sur ce point de pratique, fondamental ?

La démence épisodique

Peut-on admettre, juridiquement et médicalement, l'existence d'une « démence » épisodique, c'est-à-dire l'existence d'un état d'aliénation mentale épisodique ? Et comment fixer dans le temps la durée de cet état ? La question de la démence épisodique ne se pose que rarement dans le prétoire. Après l'acte, en effet, la lucidité du sujet est telle que le magistrat instructeur ne pense pas à demander une expertise, ou que, s'il y pense, il en écarte l'idée, et en vérité, dans la pratique, peut-être bien toujours avec raison : l'aliénation mentale durable, caractérisée, est d'ordinaire si évidente, c'est un fait si communément de notoriété publique, que, après enquêtes, il est exceptionnel qu'elle soit méconnue. Lorsque les enquêtes près des personnes qui connaissent bien le sujet, qui vivent avec lui, ne sont pas démonstratives, l'expert doit redoubler d'attention, prolonger ses examens, répéter ses visites, convoquer la famille. Sinon l'erreur sera à peu près certaine.

Quelques exemples

Quels sont les cas qui font évoquer la possibilité de cette démence passagère, transitoire ? Ce sont, chez le sujet délinquant ou criminel, un épisode hallucinatoire, vaguement délirant, ou des troubles de la mémoire (obnubilation au temps de l'action, amnésie, état second), ou des étourdissements avec ou sans crises nerveuses émotionnelles, obscures, complexes, etc. — Episode alcoolique hallucinatoire ? Ivresse délirante ? En principe, toujours à notre avis, il s'agit non pas d'alcooliques par obligations professionnelles, mais d'alcooliques pervers ou vicieux : la rapidité de la guérison est en raison directe de la pauvreté de l'état dysperceptif. — Amnésie ? Obnubilation par asthénie psychique au temps de l'action ? Alors il existe un état passionnel, et il y a eu mouvement coléreux, émotion colérique. Mais l'ensemble est confus ; l'analyse difficile. L'amnésie est plus ou moins sincère, quelquefois réelle. Comme nous l'observions ces jours-ci avec un malade, tantôt la colère porte nettement au creux épigastrique (violence du serrement), tantôt elle brouille surtout l'esprit (trouble des idées ; asthénie psychique secondaire à la douleur épigastrique). Dans de tels cas, toutes les interprétations sont possibles. L'expert peut oser conclure à l'état second, alors que celui-ci, pour exister vraiment, doit être, comme durée, aussi clair, aussi mathématique que possible. Ajoutons que l'expert conclura d'autant plus volontiers à l'état second que, dans les antécédents, il relèvera des étourdissements, des crises nerveuses, non pas certes épileptiques, mais d'origine émotionnelle, donc sans gravité aucune.

Conséquences

Dans les cas de prétendue démence, et de démence épisodique par épiphénomène sensoriel, par énervement, par colère (courte folie), le sujet pourra être dit malade et interné dans un asile d'aliénés. Comme il s'agit constamment d'un pervers récidiviste, et comme ce pervers est très lucide, il n'y sera pas maintenu par le médecin traitant, ou s'il y est maintenu, il s'évadera avec ruse. Ultérieurement, après nouveau délit ou crime, cet individu cherchera, cela va de soi, à tirer profit de son placement à la maison de santé. En fait, à son endroit, il n'y aura pas eu de sanctions et naturellement pas de traitement, car les troubles observés sont de simples anomalies. Cette pseudo-science neuro-psychiatrique crée la confusion et contribue à aggraver le désordre social et familial.

***

La seule « démence » qui doit entraîner l'irresponsabilité au temps de l'action, et par suite l'internement dans un asile d'aliénés, est la démence durable. En pratique, il ne saurait en être autrement. Tout le reste est subtilité. Mais quelle doit être cette durée ? Une semaine au minimum. La maladie mentale a été constatée avant l'acte, elle existait au temps de l'action et elle est constatée après. Quelques cas d'espèce seulement sont très difficiles. Il faut se défier de l'habileté merveilleuse des récidivistes. Il est vexatoire d'être dupe. Il est grave de se tromper, mais l'erreur, ici, est facile à éviter, lorsque l'observation indirecte, par enquêtes, est bien faite.

MÉDECINE PRATIQUE

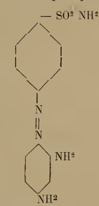
CE QU'IL FAUT SAVOIR DES SULFAMIDES

Par L. Babonneix
Membre de l'Académie de Médecine

Depuis le numéro spécial que nous avons consacré à cette question (1) l'emploi des sulfamides en thérapeutique s'est généralisé.

La *Société médicale des Hôpitaux*, en particulier, nous a apporté d'intéressants documents auxquels nous pouvons ajouter aujourd'hui l'opinion autorisée d'un confrère suisse, M. G. Bickel (2).

Comme nul ne l'ignore, c'est à Domagk que revient l'honneur d'avoir découvert les propriétés de la sulfamido-chrysoïdine, matière colorante azoïque, peu toxique, qui pro-



tège la souris contre l'infection streptococcique, mais qui, expérimentée chez l'homme, donne des résultats contradictoires, fait dû à ce que le médicament ne donne aucun résultat si le nombre des germes est trop grand ou si la collection purulente est déjà constituée. C'est dire que les cas les plus favorables sont ceux où il existe un état septicémique. Comment agit-il ? En se dédoublant pour donner un produit actif, la paraminophénylsulfamide ou 1162 F, produit de base qui a donné naissance à deux ordres de produits, selon que les modifications concernent la fonc-



tion aminée NH^2 fixée sur le noyau ou sur l'azote de la fonction sulfamide SO^2NH^2. Ces produits, très nombreux, se présentent sous diverses formes, le plus habituellement solide, quelquefois en solution, de durée limitée, pour les injections sous-arachnoïdiennes, parfois aussi médicament complexe dans la composition desquels ils entrent.

Expérimentalement, les sulfamides guérissent les infections, mais ne provoquent aucune immunité. Ils n'occasionnent aucune concentration des anticorps dans les humeurs. Ils ont, sur le développement des bacilles, un pouvoir d'arrêt qui est le même *in vitro* et *in vivo*.

Les sulfamides agissent sur le streptocoque, le gonocoque, le coli-bacille, l'uliron sur le staphylo et sur le gonocoque ; le dagénan, sur les affections à pneumocoque ; l'albucide, sur le gonocoque. On admet aussi que ces corps jouissent d'une certaine efficacité dans les brucelloses, les salmonelloses, la gangrène gazeuse.

Leur toxicité est peu marquée chez l'animal, car ils sont rapidement émétisants.

Leur pharmacologie est bien connue. En trois heures, ils ont passé en totalité dans le sang. Dès ce moment, leur concentration diminue. Au bout de douze heures, il n'y en a plus trace. Il faudra donc, pour maintenir constant le taux optimum dans le sang, les administrer toutes les quatre heures, jour et nuit. Peu nocifs pour le rein, ils sont éliminés par le glomérule, mais partiellement résorbés par les tubuli contorli. Plus la diurèse est grande, et plus vite ils sont éliminés, d'où la nécessité, pour le malade, de boire peu. La plupart diffusent partout : dans le liquide céphalo-rachidien, la concentration atteint les 3/4 de celle du sang.

Quels sont les principes généraux qui doivent présider à leur administration ?

1° *Ce sont des médicaments puissants, mais à action secondaire parfois dangereuse.*

Il faudra donc être prudent, mais non timide, dans leur emploi, à condition d'en bien connaître la posologie.

2° *Ils n'immunisent pas.*

Ainsi, ne pas les employer sans diagnostic précis, car alors on ne peut éviter des rechutes ou prévenir une nouvelle poussée ; on a le droit de se fier à leur multivalence seulement dans les cas graves où il y a urgence.

3° *Ils agissent d'autant mieux que l'administration en est plus précoce.*

Donc, les prescrire dès le diagnostic posé.

4° *La dose doit être proportionnelle à la gravité du cas.*

5° *L'action doit en être surveillée de près.*

Visiter chaque jour le malade alité. Examiner tous les deux jours le malade qui va et vient. Contrôler le plus souvent possible l'hémogramme, surtout dans les cures intenses et prolongées.

Posologie : il ne faut pas être trop timide, car on peut accoutumer le microbe et créer des « sulfamido-résistants ».

Pour un homme de 60 kilos, on donnera :

a) Cas graves (et brucellose), dose initiale, 4 grammes, puis 5 grammes en dose fractionnée, soit 9 grammes le premier jour (cas où le malade est en danger) ;

b) Cas moins graves, 2 grammes, puis cinq fois o gr. 60 ;

c) Cas bénins, 1 gramme, puis quatre fois o gr. 50.

Donc, respectivement, le premier jour de traitement 9 grammes, 5 grammes, 3 grammes, selon la gravité ou l'urgence du cas.

Les jours suivants, on maintient cette dose jusqu'à la chute de la température à 38° et les trois jours qui suivent. En général, la défervescence se produit en trente-six à quarante-huit heures.

---

(1) Cf. *Gazette des Hôpitaux*, n° 34, 29 avril 1939 :
E. Fourneau. L'antisepsie interne des maladies microbiennes par des dérivés du soufre. Quelques notions d'ordre chimique.
R. Tiffeneau. Sulfamidothérapie. Posologie et conduite du traitement.
L. Babonneix. Les sulfamides en médecine infantile.
R. Gouverneur, A. Jaubert et Ch. Motz. Etat actuel du traitement de la blennorragie par les sulfamides.
V. Le Lorier. Mon expérience de la sulfamidothérapie préventive à la Maternité de Port-Royal.
R. Levent. Les accidents du traitement sulfamidé.

(2) Conférence publiée dans la *Revue médicale de la Suisse romande*, n° 3, 10 mars 1940, p. 188-190.

Donc, après cinq jours de traitement, on pourra réduire les doses. On diminuera de 1/3, puis, éventuellement, de 1/2 ; sept jours après la défervescence, on arrêtera le médicament.

Dans les infections osseuses, il faudra persévérer davantage pour éviter la rechute.

En cas de coma, essayer les injections intramusculaires, avec lesquelles il est malaisé, d'ailleurs, de maintenir le taux optimum dans le sang.

Pour concentrer le médicament, tout en permettant aux reins d'éliminer les toxines, donner à boire de sorte que la diurèse soit d'un litre.

On peut associer aux sulfamides les toni-cardiaques, les transfusions. Mais il est absolument contre-indiqué de donner en même temps qu'eux les sulfates (de soude, de magnésie), l'aspirine, les sels d'or. En cas de foyer, on ne manquera pas d'intervenir chirurgicalement.

Indications.

1° Infections streptococciques, sous forme d'érysipèle (100 % de guérison, d'angine, d'adénites en voie de suppuration, de scarlatine *compliquée*, de méningite à streptocoque, de fièvre puerpérale ;

2° Infections à pneumocoques : le dagénan est le médicament de choix ;

3° Infections à colibacilles, à condition de choisir les cas (urines alcalines). En cas d'urines acides, préférer l'acide mandélique, s'il y a infection et si la prostate est saine ; acide mandélique, si elle est malade, sulfamide ;

4° Infections méningococciques. Résultats excellents à lui seul, le sérum ne devant pas lui être associé (L. E. Tixier) ;

5° Gonocoque, très sensible aux sulfamides (sous réserve possible, chez l'homme, de l'azoospermie) ;

6° Micrococcus melitensis : résultats variables ;

7° Typhoïde : aucun résultat ;

8° Virus de Nicolas et Favre : les sulfamides comptent au nombre des meilleures médications ;

9° Chancre mou : agit principalement sur le bubon ;

10° Malaria : plus actif que la quinine ;

11° et 12° Rhumatisme articulaire aigu et syphilis : pas d'action.

Toxicité : A. Effets *mineurs :* nausées, vomissements, dépression, vertiges. Ne pas en tenir compte. L'administration à doses réfractées, l'adjonction de bicarbonate les atténuent, de même que l'acidose fréquemment provoquée.

La cyanose est sans danger : le bleu de méthylène la fait disparaître : n'y attacher de l'importance que si elle s'accompagne d'anorexie totale. Enfin, fièvre anaphylactique du septième au neuvième jour (rare) et éruptions cutanées (érythème, efflorescences maculeuses, vésiculeuses, exceptionnellement érythrodermiques) du neuvième jour (moins rare), impliquant la cessation du traitement.

B. Effets *majeurs :* anémie lentement progressive ou hémolytique aiguë, hémoglobinurie aiguë, grave ; arrêter le médicament, boissons abondantes, transfusion. L'agranulocytose apparaît du septième au quatorzième jour, après au moins 20 grammes de médicament (très rare), 50 cas connus sur des milliers et des milliers de cas traités, et seulement avec les fortes doses, c'est-à-dire chez des malades mortellement atteints avant l'administration du sulfamide.

L'ictère est exceptionnel, de même que les polynévrites, les scléroses latérales amyotrophiques. En résumé, les sulfamides donnent de brillants résultats thérapeutiques. Il ne faut pas hésiter à les prescrire, et à fortes doses, dans les infections graves. Dans les cas bénins, on doit être modéré et se rappeler les effets secondaires de ces médicaments.

TRAITEMENT ET PROPHYLAXIE DE LA MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE

L'expérience des premiers mois de guerre a transformé le pronostic de la méningite cérébro-spinale. Cette maladie redoutable anciennement est devenue, grâce à l'emploi des sulfamides, une affection essentiellement et rapidement curable ; sa prévention elle-même paraît possible à réaliser.

La *Société Médicale des Hôpitaux* de Paris vient de consacrer deux séances à l'exposé de plusieurs rapports très documentés sur la question et à leur discussion. De cette étude se dégagent les conclusions suivantes :

Traitement. — Pour être efficace, le traitement doit être de courte durée, précoce, intense.

Les sulfamides employés dès que le diagnostic est posé à dose suffisante déterminent en quelques heures des guérisons miraculeuses. Les seuls cas graves sont les cas tardivement traités.

A quel médicament s'adresser et par quelle voie ?

Le 1162 F (septoplix, nécoccyl) est préférable au 693 (dagenan), parce que sa limite de toxicité est beaucoup plus loin de la dose à employer et qu'il paraît mieux toléré.

La *voie d'absorption la meilleure est la voie buccale* à la dose de 2 à 3 grammes par vingt-quatre heures chez l'enfant, 8 grammes chez l'adulte par comprimés de 50 centigrammes toutes les heures et demie.

Un certain temps étant nécessaire pour obtenir la concentration sanguine et parallèlement la concentration céphalo-rachidienne efficace, il est préférable d'associer les deux premiers jours à la prise de sulfamides par la bouche, l'injection intrarachidienne de la solution à 0,85 % à la dose de 20 cm³ toutes les douze heures. Pour cette injection, il est indispensable de n'employer que le 1162 F, le dagenan ne doit jamais être injecté dans le liquide céphalo-rachidien, en raison des accidents nerveux graves que cette injection peut déterminer par suite de son pH élevé.

Dans le cas où des vomissements répétés s'opposent à l'administration du médicament par voie buccale, il y a intérêt à recourir à l'injection intramusculaire, mais en employant uniquement là encore le 1162 F et non le 693.

Durée du traitement. — Ainsi employée, la médication détermine très rapidement en quelques heures la stérilité du liquide céphalo-rachidien qui redevient clair. A partir de ce moment, il faut cesser les injections intrarachidiennes et se contenter du traitement par voie buccale jusqu'à la disparition des phénomènes généraux. Puis, le traitement doit être diminué progressivement.

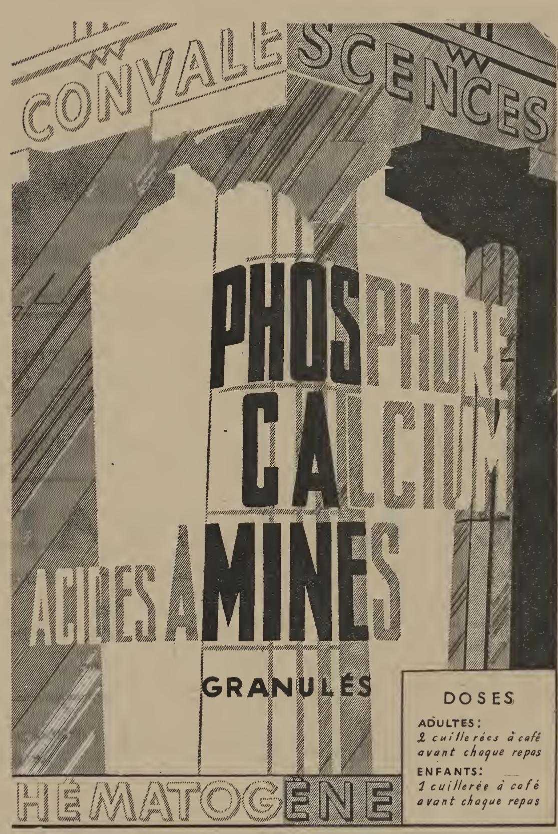
L'emploi de la sérothérapie antiméningococcique est inutile, les sulfamides ont tué la sérothérapie. L'emploi du sérum ne doit être tenté que dans les cas qui, traités tardivement, résistent à l'emploi des sulfamides.

Prophylaxie. — La prise de 3 à 4 grammes par jour de sulfamides pendant quatre à cinq jours, soit un total de 15 à 18 grammes, fait disparaître les germes du pharynx chez la plupart des porteurs de germes.

Cette disparition n'est pas une stérilisation au sens réel du mot, car les porteurs ainsi débarrassés du méningocoque peuvent redevenir porteurs de germes dans les jours suivants, soit par auto-réensemencement, soit par nouvelle contamination. Ils paraissent cependant avoir acquis par le traitement une résistance qui les empêchent de faire une méningite.

L'emploi parallèle de pulvérisations nasales de poudre de sulfamides et d'instillation de gonacrine à 1/250 augmente l'efficacité du traitement préventif.

P. B.



LABORATOIRE MAUCHANT GENNEVILLIERS (SEINE)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 1er AVRIL 1940

Ostéophytes par avitaminose C chronique. — MM. G. Mouriquand, M. Dauvergne, H. Tête et Mme Violette Edel.

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 16 AVRIL 1940

M. Louis Martin, président, fait part du décès de M. Hallion, membre titulaire.

Notice. — M. Guérin lit une notice nécrologique sur M. Rubay (de Bruxelles), correspondant étranger.

Rapport. — M. Carnot donne lecture du rapport sur les stagiaires aux Eaux minérales (concours Vulfranc-Gerdy.

Du comportement oxydo-réducteur de l'acide ascorbique. — M. Villaret, au nom de MM. Piery, Cordier et Enselme (de Lyon), expose le résultat des recherches faites par ces auteurs :

In vitro, l'acide ascorbique active les échanges des cellules.

In vivo, dans le foie, il augmente la réserve de glycogène ; il abaisse le fer total et le fer organique ; il augmente le fer anorganique. Dans les muscles, il augmente le glycogène et diminue toutes les formes du fer. Il agit sur les constituants du sérum. Enfin, dans les os, il diminue les principaux constituants minéraux (CA. P. CO^2).

Il semble donc que l'action de l'acide ascorbique soit inversée et qu'il agisse surtout comme réducteur.

Les modifications subies par l'acide ascorbique pendant son passage dans le tube digestif et pendant son absorption expliquent sans doute les résultats opposés trouvés *in vitro* et *in vivo*.

Traitement local des plaies par le para-amino-sulfamide. — M. Chorine a soigné toutes les plaies survenues dans une Compagnie de Sapeurs de Chemins de fer par le sulfamide. Ces plaies, quelquefois étendues, toujours souillées de terre et de cambouis, sont lavées à l'eau salée tiède, soigneusement épluchées et recouvertes de sulfamide en pâte ou en poudre. La guérison s'est toujours faite rapidement et sans complications.

Les plaies suppurantes, pansées tous les jours de la même façon pour éviter la stagnation du pus, guérissent en quelques jours et les plus anciennes paraissent les plus sensibles à l'action du remède.

Quelques considérations pratiques relatives au rapport uréique hémato-urinaire du Dr Cottet. — MM. J. et A. Khouri.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 3 AVRIL 1940

A propos de la censure. — M. Chevassu regrette que la censure ait supprimé certaines communications et certains passages de thèses. Il estime que cela peut entraver le travail de l'Académie et le progrès de nos connaissances.

M. Mocquot lit une lettre reçue de la censure.

MM. Roux-Berger et Pierre Duval signalent qu'il y a trois censures successives.

Infiltrations stellaires pour gelures de la main. — M. Roux-Berger. — Sur un travail de M. Forster et Wiederkehr. — Huit jours après une gelure grave des mains chez un motocycliste, une infiltration du ganglion stellaire a amené une disparition des douleurs, un arrêt de l'évolution et une cicatrisation rapide. On peut penser qu'une infiltration plus précoce aurait donné de meilleurs résultats.

A propos des plaies du cœur. — M. Banzet. — A propos de plusieurs observations de plaies du cœur et du hile pulmonaire, M. Banzet propose d'utiliser un volet à charnière extérieure avec une incision parasternale gauche qui est rapide à faire, donne un très grand jour, est facile à agrandir, et rapidement refermé.

Il faut se méfier sur le ventricule de l'aiguille de Reverdin qui déchire le muscle aisément, lier l'oreillette comme un vaisseau sur une pince de Jean-Louis Faure et ne drainer jamais.

M. Cunéo. — Il y a danger à lier une branche importante de l'artère pulmonaire.

Arthrites suppurées et sulfamidothérapie. — M. Mondor. — Les sulfamides donnent de très bons résultats dans les arthrites suppurées surtout à streptocoques. Certaines arthrites suppurées à streptocoques évoluent sous l'influence du rubiazol comme du dagénan et se terminent par une véritable crise dans laquelle on peut même noter une éosinophylie post-critique.

Dans beaucoup de cas, des injections intraarticulaires de rubiazol ont été faites, mais on peut se demander si elles sont utiles.

MM. Basset, Cunéo prennent part à la discussion.

A propos des polypes gastriques et des hyperplasies muqueuses dans la maladie de Biermer. Un cas de gastrectomie suivie de guérison. — MM. Prosper Emile Weill, Pierre Brocq et Eudel. — Une gastrectomie a été pratiquée chez un malade qui présentait des signes cliniques et radiologiques de cancer de l'estomac : gros amaigrissement, troubles digestifs, anémie, rigidité de la petite courbure avec amputation du pylore. A l'intervention : estomac très petit, hypertrophie peu dure du pylore sans adénopathie. Une gastrectomie est suivie de signes très alarmants pendant quelques jours. Hématologiquement, il s'agissait d'une maladie de Biermer qui eut des suites immédiates, mais aussi tardives, excellentes par des transfusions et l'épatothérapie. Le malade guérit de son anémie rapidement. Histologiquement, il s'agissait de polypes avec hyperplasies du pylore, sans cancer.

L'auteur conclut une étude très complète de la question en pensant à la difficulté du diagnostic de certains pylores et du cancer, aux dangers de ces polypes qui peuvent saigner et dégénérer, augmentant l'anémie liée à la gastrite subaiguë. Il pense qu'il faut enlever ces lésions en préparant d'abord soigneusement les malades.

M. Pierre Duval. — L'association de la gastrite atrophique à la maladie de Biermer est plus fréquente qu'on ne croit. La gastroscopie est nécessaire pour la diagnostiquer. La gastrectomie aide alors à la guérison définitive de la maladie de Biermer.

Présentation. — M. Sorrel montre un jeune garçon qui présente une mobilité intégrale de son genou après traitement sans suture de la synoviale-platine et sans changement du pansement quinze jours.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 5 AVRIL 1940 (*suite*)

Série de méningites cérébro-spinales. — MM. J.-J. Gournay et P. Molitor rapportent une série d'observations de méningite cérébro-spinale. Ils insistent sur l'allure foudroyante et la résistance à toutes thérapeutiques de certaines formes. Ils rapportent un cas dans lequel le traitement par les dérivés organiques du soufre à fortes doses par la voie

intrarachidienne et par la voie digestive n'eut aucune action. La guérison fut obtenue en associant aux sulfamidés la sérothérapie antiméningococcique classique à laquelle on devra parfois avoir recours.

Prophylaxie de la méningite cérébro-spinale. Traitement des porteurs de germe par aaminophénylsulfamide (1162 F). — MM. Marquezy, Brumpt, Thomas. — *Posologie* : prise *per os* par doses fractionnées, de 3 gr. trois jours, 2 gr. deux jours, 1 gr. un jour.

Associer traitement local.

Après fin du traitement, ensemencements du cavum sont négatifs dans 97,5 %.

Résultats immédiats, mais transitoires : réapparition des germes suivant pourcentage variable.

Une expérience déjà longue montre qu'aucun cas de méningite n'a été ultérieurement observé chez les sujets sulfamidés.

Contribution à l'étude de la vitalité des globules rouges du sang conservé. — MM. Tzanck, M. Sureau et L. de Montis. — Parmi les problèmes que soulève la question du sang conservé, les plus importants sont ceux qui ont trait au contrôle du sang. Les hématies gardent-elles leur vitalité ? Dans la note présente, les auteurs étudient la survie des hématies du sang conservé dans l'organisme du receveur. Dans un cas particulièrement probant, les hématies ont survécu plus de trente jours : il s'agissait de sang conservé cinq jours, prélevé selon la technique du Centre National de la Transfusion Sanguine.

En faisant varier les conditions de l'expérience, il semble que cette méthode sera capable de fournir des renseignements intéressants sur la valeur du sang conservé.

Un cas de lymphogranulomatose maligne avec atteinte pulmonaire de type spécial. — MM. F. Bezançon, Ameuille et Canett rapportent une observation intéressante de lymphogranulomatose maligne, caractérisée, outre une association banale de φ et de gangrène pulmonaire par la présence dans le poumon, à côté de nodules humoraux typiques ayant la structure typique de la lymphogranuloratose maligne, de processus d'alvéolite exsudatoire diffuse qui ne ressemble en rien aux processus d'alvéolite φ ou gangréneuse, mais semblant devoir être rattachés au processus lui-même.

Les auteurs rappellent que des cas de même ordre ont été signalés par l'école du professeur Favre, de Lyon, qui qualifie ces lésions de paragranulomatose, n'osant se prononcer sur leur nature exacte, et par Foulon qui les considère comme spécifiques. Les auteurs, rappelant que la plèvre déjà réagit sous une forme exsudative banale dans la lymphogranulomatose, voient dans la réaction alvéolaire pulmonaire une modalité réactionnelle, spécifique.

Traitement de la méningite cérébro-spinale par le Dagenan. — M. J. Célice, après avoir traité 15 cas, communique sa méthode dans cette maladie. Le Dagenan doit être employé à grosses doses par voie intramusculaire profonde. Chez l'enfant, la dose à faire quotidiennement paraît être de 1 grammes de 2 à 5 ans, de 2 grammes de 5 à 10 ans, de 3 grammes de 10 à 15 ans. L'hydratation des malades, l'ingestion d'alcalins sont recommandés. La voie intramusculaire doit être préférée à la voie buccale. Le liquide céphalo-rachidien, purulent le premier jour, doit être clair et stérile en cinq jours. Les premiers jours, on peut injecter chaque jour 20 cm³ de solution à 0,85 % de 1162 F (seule solution pouvant être employée par voie rachidienne, le soludagenan étant dangereux injecté dans les espaces sous-arachnoïdiens). La formule du liquide céphalo-rachidien doit être quotidiennement observée, mais il n'est pas obligatoire de réinjecter du 1162 F.

Des incidents peuvent se manifester ; la température peut remonter, le pouls s'accélérer malgré la diminution des signes méningés et de la leucocytose, l'aspect clair et stérile du liquide céphalo-rachidien qui contient des lymphocytes. Dans ce cas, l'analyse des urines montre l'élimination du Dagénan sous forme libre abaissée par rapport à l'élimination sous forme combinée. On est en présence d'une réaction de défense de l'organisme et il faut arrêter le traitement par le Dagénan ; la température devant baisser dans les quarante-huit heures.

La présence d'albuminurie infectieuse indique que son élimination doit être strictement observée.

La teneur du sang et du liquide céphalo-rachidien en Dagénan est à surveiller. On ne doit pas oublier qu'expérimentalement, les doses de sulfapyridine agissent à des taux parfois dix fois plus faibles que les sulfamides simples. Les rechutes sont exceptionnelles ; dépistées, par la ponction lombaire, elles commandent la reprise intense du traitement. Le Dagénan peut donc être employé avec succès dans le méningites cérébro-spinales. La sérothérapie doit être réservée aux cas dans lesquels l'intolérance du sujet ou la sulfamino-résistance du germe commande un changement de méthode.

Perfusion T. V. de solution Dagenan en cas de méningite cérébrospinale. — MM. Benda, Caroli. — Donner en tout 12 à 14 gr., minimum nécessaire. Dose initiale doit être forte, n'a pas inconvénients de l'injection intrarachidienne.

Blocage des sulfamides. — MM. Hillemand et Germain rapportent observation. Malade atteint de méningite à pneumo, soigné au 1162 F, par 8 gr. intrabuccal, 4 cm³ intrarachidien.

Au bout de trois jours, l'incubation du liquide céphalo-rachidien passe de 8 mgr. à 5 mgr., celle du sang de 1 mgr. 5 à des traces.

Puis, quelques jours plus tard, réapparition brusque à 20 mgr. dans le liquide céphalo-rachidien, à 10 mgr. dans le sang.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de la transfusion sanguine, par le professeur G. Jeanneney et M. G. Ringenbach (de Bordeaux). — Un volume grand in-8° de 400 pages avec 112 figures. Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1940.

Les auteurs présentent dans cet important ouvrage une étude complète et critique à la fois sur la transfusion du sang. Leur but a été d'écrire un ouvrage essentiellement pratique qui bénéficie de leur expérience personnelle. Ce livre sera précieux pour tous ceux qui veulent bénéficier de l'instruction technique indispensable pour une intervention qui doit être pratiquée avec une rigueur absolue dans ses moindres détails.

L'énumération des chapitres montre combien ce traité est complet.

I. Historique. — II. Indications et résultats de la transfusion du sang. — III. Contre-indications de la transfusion. — IV. L'immuno-transfusion (cataphylacto-transfusion biologique et chimique). — V. Le choix du donneur. — VI. Les anticoagulants. — VII. Le sang conservé. — VIII. Les techniques. — IX. Les accidents de la transfusion. — X. modes d'action de la transfusion. — XI. Organisation pratique des centres de transfusion (sang frais, sang conservé). — XII. Les problèmes de la tranfusion.

Une bibliographie très importante termine ce volume conçu et écrit avec la clarté que le professeur Jeanneney apporte dans tous ses travaux. C'est un livre à lire et à conserver.

F. L. S.

INFORMATIONS

(suite de la page 330)

Bourdin, 9e région ; Manchou, 11e région ; Pichard, région de Paris ; Zuccolli, 15e région ; Destandau 14e région ; Couve, 15e région ; Bazin, 11e région ; Monglond, 18e ré-de Paris ; Zuccolli, 15e région ; Destandau, 14e région ; Audebert, 9e région ; Robert, 14e région ; Lucas, 17e région ; Aubin, 9e région ; Ferron, région de Paris ; Doreau, région de Paris ; Deguffroy, 1re région ; Bataille, région de Paris ; Conradi, 20e région ; Devaux, 14e région ; Sagues, région de Paris ; Vienne, 4e région ; Carbiener, 20e région ; Vernaud, 14e région ; Muzard, 4e région ; Heim, 20e région ; Erhard, 7e région ; Loubry, 8e région ; Bauray, 18e région ; Delplace, 1re région ; de Pellissier de Reynaud, 19e région ; Raffault, 9e région ; Tacquet, 2e région ; Guede, région de Paris ; Grevin, troupes du Maroc ; Bonnet, région de Paris ; Jarrier, 3e région ; Gayrard, 6e région ; Ripert, région de Paris ; Genton, 13e région ; Vernier, 14e région; Guillon, 3e région ; Saint-Jean, 15e région ; Clapier, 13e région ; Fousseret, 14e région ; Zimmer, 6e région ; Maire, 15e région ; Vacher, 13e région ; Bacry, région de Paris ; Glerant, 11e région ; Caubet, 18e région ; Lartigue, 9e région ; Andréa, 15e région ; Modrin, 15e région ; Jousset, région de Paris ; Monneveu, 1re région ; Thiboumery, 3e région ; Angelici, région de Paris ; Hubert, 20e région ; Thomann, région de Paris ; Desormeaux, 3e région ; Kerfridin, 11e région ; Maillard, 3e région ; Hinard, région de Paris ; de Boton, région de Paris ; Samuel, région de Paris; Drappier, 2e région ; Imbert, 16e région ; Sachs, région de Paris ; Farchy, région de Paris ; Touzard, région de Paris; Gulmann, région de Paris ; Marie, 9e région ; Le Crom-Hubert, 11e région ; Le Buanec, 4e région ; Salmona, région de Paris ; Vintzel, 7e région ; Fraissinet, 16e région ; Dreneau, 17e région ; Lenne, 1re région ; Caggini, région de Paris ; Durand, 15e région ; Falk, région de Paris ; Hart, 5e région ; Fidelis, 8e région ; Ghozlan, 19e région ; Magis, 14e région ; Paulin, région de Paris ; Thomas, 20e région; Barbe, région de Paris ; Debailleul, région de Paris; Galland, 13e région ; Jestaz, région de Paris ; Mugel, 20e région ; Niederhofer, 4e région ; Tellier, 2e région ; Trahtenbroit, 4e région ; Flandin, région de Paris ; Faidherbe, 14e région ; Trepsat, 14e région ; Wattez, 1re région Angeli, 15ee région ; Camusat, 19e région ; Lefèvre, 2e région ; Vesquel, 1re région ; Felloneau, 9e région ; Sauvage, 3e région ; Fagalde, troupes du Maroc ; Hepineuze, 3e région ; Hébert, 3e région ; Havet, 2e région ; Cohen, 1re région ; Vassal, 3e région ; Galvaing, 13e région ; Gaultier, 11e région ; Druard, 8e région ; Devergranne, 7e région ; Darbois, région de Paris ; Cahen, 6e région ; Couteaux, 1re région ; Chauvet, 13e région ; Boncour, région de Paris ; Barbet, région de Paris ; Delaroche, 4e région ; Folcher, 16e région ; Guillaume, 6e région ; Béraud, 15e région ; Allie, 15e région ; Girardot, 7e région ; Lelias, 11e région ; Arnoux, 15e région ; Marnet, 9e régioin ; Roucaute, 16e région ; Safar, 19e région ; Touati, 9e région ; Granger, région de Paris ; Seiter, 20e région ; Chareire, 13e région ; Hérisset, 9e région ; Viennet, 7e région ; Robert, 13e région ; Lefevre, 4e région ; Lamesta, région de Paris ; Meunier, 4e région ; Couturier, 15 région ; Auriac, 18e région; Barre, région de Paris ; Bisquerra, 19e région ; Bombigher, 20e région ; Boutin, 9e région ; Filhet, 18e région ; Lecudonnec, région de Paris ; Macron, 2e région ; Mouchet, rérion de Paris ; Plessos, 20e région ; Prestot, 9e région ; Prinet, 11e région ; Reinert, région de Paris ; Maisonneuve, 4e région ; Villeneuve, 16e région ; Ducournau, 18e région ; Comte, 11e région ; Charollais, 8e région ; Busquet, 15e région ; Zeyl, 20e région ; Maurice, 6e région ; Marchetti, 19e région ; Creze, 11e région ; Fabre, 15e région ; Le Houerou, 11e région ; Marsili, 15e région ; Madelrieu, 13e région ; Penot, 5e région ; Belloc-Lacouste, 11e région ; Dugrenot, région de Paris ; Lacausse, 18e région ; Lemanissier, 3e région ; Tabet, 19e région.

Erratum. — Dans notre numéro du 10-13 avril 1940, p. 282, il s'est glissé une erreur au sujet de la fixation du

rang de médecin sous-lieutenant de réserve : *au lieu* de Millot, 2e région, *lire :* Millot (Jean, Claude, François), 20e région (*J. O.*, 2 avril 1940, p. 2389).

La France est un empire. — Au moment où l'Empire tout entier se défend à nos frontières, le *2e Salon de la France d'outre-mer* constituera du 2 au 26 mai 1940 la présentation la plus opportune de l'activité française.

Dans l'enceinte du Grand-Palais, le tableau général de notre économie impériale sera présenté sous la forme la plus attractive et la plus convaincante.

Ouvrant ses portes au début du mois prochain, le *2e Salon de la France d'outre-mer* sera inauguré par M. Georges Mandel, ministre des Colonies.

M. Louis Rollin, président du Salon de la France d'outre-mer et les membres du bureau ont fait une démarche auprès de M. Albert Lebrun, président de la République, qui a accepté de visiter le *2e Salon de la France d'outre-mer*, au cours du mois de mai.

F. E. M. — Le professeur Lemierre, membre de l'Académie de Médecine, vient d'être élu, à l'unanimité, président de la Société de secours mutuels et de retraites pour Femmes et Enfants de Médecins (60, boulevard de Latour-Maubourg, 7e), en remplacement du professeur Legueu, décédé.

Nécrologie

Nous avons le regret d'apprendre le décès de M. Pierre Marie, professeur honoraire à la Faculté de Médecine de Paris, médecin honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de Médecine, commandeur de la Légion d'honneur. M. Marie était âgé de 87 ans.

— Le Dr Henri Ozanon, maire de Bissay-sous-Cruchaud, président de la Confédération des vignerons de Bourgogne, décédé à l'âge de 75 ans.

NOTES POUR L'INTERNAT

GRANULIE TUBERCULEUSE [1]

B. LA QUESTION DES GRANULIES FROIDES

Objet de récentes discussions, surtout chez l'enfant, elles constituent beaucoup plus un type *anatomique* qu'un type clinique, et la façon différente dont on les envisage tient aux interprétations *diverses* de clichés radiologiques. Il n'empêche que leur évolution doit être soigneusement suivie et contrôlée.

Cliniquement, telle qu'elle a été décrite par Burnan :

Le sujet — généralement un enfant — présente pendant un certain temps des signes manifestes d'imprégnation bacillaire, mais, fait important, *il n'a pas de fièvre*.

A l'examen, rien de particulier n'est décelé.

Mais *la cuti-réaction fortement positive* prouve à elle seule l'infestation tuberculeuse.

A l'examen radiologique fait systématiquement, on a alors la surprise de trouver *une image qui en tous points rappelle celle d'une granulie typique :* plages pulmonaires criblées de « grains de plomb » et fins semis de granulations.

On serait tenté de prononcer un pronostic fatal.

Mais l'évolution se poursuit et sans que le sujet ait présenté le moindre accès fébrile, la guérison clinique et radiologique survient.

En réalité, ce sont là des faits très controversés.

1° *Au point de vue radiologique*, nombre d'auteurs se refusent, sur la foi d'une image finement granitée, à conclure fermement d'une lésion anatomique précise, car des images presque identiques peuvent se voir :

en dehors de la granulie,

— dans les tuberculoses finement nodulaires,

— dans certaines tuberculoses fibreuses, processus de

(1) Fin. Voir *Gaz. des Hôp.*, 1940, n°s 27-28 et 31-32.

sclérose interstitielle (à point de départ lymphatique pour certains),

— enfin, sur les clichés post-hémoptoïques.

en dehors même de la tuberculose,

en particulier comme témoins des séquelles parenchymateuses transitoires de certaines broncho-pneumonies de l'enfance.

2° *Au point de vue évolutif.*

On ne doit pas, sur la foi de cette image et de l'apyrexie, conclure à la guérison certaine,

car, surtout chez l'enfant, dans bien des cas longtemps suivis et contrôlés (cliniquement pas des cuti en série et radiologiquement) on verra survenir :

— soit une tuberculose ulcéro-caséeuse ordinaire,

— soit même un épisode aigu, méningé surtout, rapidement mortel.

Diagnostic différentiel

1° Dans les formes généralisées. — Nous ne reviendrons pas sur le diagnostic de la granulie généralisée et de la fièvre typhoïde. On fera toujours appel au laboratoire et surtout à l'examen radiologique qui aideront en montrant :

— les résultats négatifs d'infection éberthienne,

— les résultats propres à l'infection tuberculeuse.

Les autres septicémies, strepto ou staphylococcique en particulier, seront aussi différenciées par l'hémoculture.

Le diagnostic aves la *typho-bacillose* est parfois plus délicat, surtout au début, ou quand prédominent les manifestations gastro-intestinales. Mais :

l'allure clinique est moins grave,

l'examen radiologique donne des clichés bien différents.

Surtout : différence essentielle d'évolution et de pronostic.

2° Dans les formes a prédominance thoracique, se pose le diagnostic des affections dyspnéisantes. Et l'on se rappellera que la granulie est une dyspnée *fébrile, silencieuse, progressive*, affectant surtout *les jeunes.*

Aussi, aura-t-on à écarter surtout :

l'*asthme infantile*,

les *broncho-pneumonies aiguës*,

la *grippe thoracique*,

— qui sont les principales causes de dyspnée chez l'enfant,

— mais qui, toutes, s'accompagnent de sécrétions abondantes et surtout de signes d'auscultation bruyants, alors que le pouvoir *exsudatif* de la granulie est nul.

Chez l'individu plus âgé,

Ecarter en outre la *dyspnée d'un pneumothorax*, facile après l'examen thoracique, et la radiographie,

et surtout l'*œdème aigu du poumon ;* mais les conditions d'apparition et les signes propres de celui-ci rendent le problème généralement aisé.

Mais il faut savoir que reconnaître *rapidement* une granulie n'est pas toujours chose facile, surtout lorsque l'éclosion des granulations est progressive et lorsqu'on a affaire à des bacilles de virulence médiocre.

Ce sera souvent seulement l'apparition des symptômes aigus qui imposera un diagnostic toujours hésitant.

Guy Le Sueur.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 35-36. — 1er-4 MAI 1940. 113e ANNEE Le N° 60 Centimes

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la Faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

Publicité : M. A. Thiollier, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Faculté de Médecine de Paris. — *Travaux pratiques supplémentaires de parasitologie.* — La série de travaux pratiques supplémentaires de fin d'année aura lieu du lundi 29 avril au samedi 4 mai inclus. Les droits d'inscriptions pour les étudiants dont les travaux pratiques ne sont pas validés sont de 250 francs et 125 francs pour les autres. Se renseigner au laboratoire de parasitologie, escalier A, 3e étage, entre 14 et 16 heures. Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

— *Travaux pratiques d'embryologie.* — Des travaux pratiques d'embryologie seront organisés au laboratoire d'histologie (travaux pratiques), sous la direction de M. le professeur Champy avec la collaboration de M. Giroud, agrégé, et de Mme Coujard, assistante. Ils commenceront le 20 mai à 14 heures.

Y seront admis les étudiants de 1re année. Ces travaux pratiques sont facultatifs.

Ils comprendront 3 à 4 séances de démonstrations expliquées, mais ne pourront, étant donné leur forme, comporter d'explications générales. *Ils ne pourront donc être utiles qu'aux étudiants qui ont sérieusement revu leur programme d'embryologie.* C'est pourquoi ils ont été placés en fin d'année.

— *Examens de fin d'année.*

3e année :

Pathologie expérimentale, oral, 27 avril, affichage, 22 avril.
Parasitologie, ép. prat., 20 mai; oral, 20 mai ; aff., 14 mai.
Anat. path., ép. prat., 10 juin; oral, 11 juin aff., 4 juin.
Bactériologie, ép. prat. 24 juin; aff., 19 juin.

4 année :

Pharmacologie, ép. prat., 29 avril; écrit, 22 avril; oral, 29 avril; aff., 16 avril.
Accouchement, oral, 20 mai ; aff., 14 mai.
Médecine opératoire, ép. prat., 27 mai ; aff., 22 mai.
Patho. chirurg., oral, 17 juin ; aff., 12 juin.
Patho. méd., oral, 17 juin; aff., 12 juin.

5e année :

Médecine légale, oral, 6 mai ; aff., 1er mai.
Hygiène, oral, 27 mai ; aff., 22 mai.
Pharmacologie, avec la 4e année.

Guerre. — Le *Journal Officiel* du 27 avril a publié (p. 3078 à 3082) la liste des officiers de réserve du Service de Santé promu aux grades de médecin colonel, lieutenant-colonel, commandant, capitaine et lieutenant.

Marine. — Sont promus au grade de médecin de 3e classe de réserve :

1° Les médecins auxiliaires titulaires du diplôme de docteur en médecine : MM. Le Brun (G. S. R.), Metzger (F.

X.), Gérard (J. R. E.), Cazamian (P. F. A.), Aurégan (H. P.), Laclotte (L.), Gautier (B.), Michel (P. G. D.), Habas (J. J. H.), Filippi (P. L.), Goasglas (P. J.), Denvil (P. E.), Blanchet (Y. J. A.).

2° Les médecins auxiliaires internes des hôpitaux : MM. Morseau (R. Ch.), Joussemet (R. G. F.).

Sont nommés médecins auxiliaires les élèves du Service de Santé de la marine titulaires de 12 inscriptions, dont les noms suivent :

MM. Bondet de La Bernardie, Cloatre, Curet, Perdoux, Millin (J.), Millin (G.), Carli, Eberle, Torrenti, Manquene, Vialard, Fargis, Rieunier, Nouvel, Delegue, Salinier, Laboureur, Martin, Delpuech, Dumoulin, Berroche, Corolteur, Sockeel, Polier, Merle, Pely, Tapon, Boisot, Caillard, Berthelot, Simon, Bauquin, Rostaing, Michel, Dusseau, Noël, Jubin. (*J. O.*, 20 avril 1940.)

Le prix de médecine navale pour 1940 a été attribué à M. le médecin principal André, pour son travail intitulé : *De la sélection des veilleurs dans la marine, de leur contrôle et de l'amélioration de leur vision nocturne.*

Mention très honorable. — A M. le médecin en chef de 2e classe Duliscouet, pour son travail intitulé : *Recherches expérimentales sur une substance bactériologique dérivée des germes antagonistes ; ses applications dans la thérapeutique de la diphtérie.*

Mention honorable. — A M. le médecin en chef de 2e classe Canton, pour trois travaux intéressant la pathologie et la géographie médicale de la ville de Dakar.

A M. le pharmacien chimiste de 1re classe Morand, pour son travail intitulé : *Les gammes colorimétriques artificielles au laboratoire de chimie biologique.*

NÉCROLOGIE

Le professeur Pierre Marie (1853-1940)

A thing of beauty is a joy for ever.
KEATS.

« Il m'a semblé », disait un jour Schubert, « que, même après Beethoven, il restait encore quelque chose à faire ». Ces sentiments, nul doute que celui qui vient de s'éteindre, chargé de gloire et d'années, ne les ait éprouvés pour son compte. Elève de Charcot, il apprécie, plus que tout autre, la valeur de son œuvre. Et pourtant, il n'a jamais pensé que la neurologie dût s'arrêter à la mort du maître. Le meilleur hommage à rendre à sa mémoire, n'est-ce point de continuer à demander, à la confrontation de la clinique et de l'anatomie pathologique, la solution des plus hauts problèmes ?

A d'autres, donc, le soin de rappeler les étapes de la prestigieuse carrière de Pierre Marie ! A d'autres, de citer, parmi ses disciples, notre cher et grand recteur, M. G. Roussy, les professeurs Aubertin, Couvelaire, Gougerot, Guillain, Mocquot, MM. Ameuille, Béhague, Yvan Bertrand, Lhermitte, Moutier et Sainton, et, parmi les disparus, Bouttier, Ch. Foix, Clunet, Crouzon, Léri, Mlle G. Lévy. Pour la postérité, il restera celui dont la couronne rayonnante s'orne de ces précieux fleurons qui s'appellent l'*acromégalie*, la *spondylose rhizomélique*, l'*atrophie Charcot-Marie*, la *dysostose cléido-cranienne*, l'*ostéopathie hypertrophiante pneumique*, l'*hérédo-ataxie cérébelleuse*. Il restera surtout celui qui a détruit le fragile édifice sur lequel ses prédécesseurs avaient, non sans peine, juché une irréelle aphasie, le novateur qui, sans se laisser impressionner par des parrainages illustres, a brisé les images verbales et nous a obligés de « reconsidérer » une question dont les données semblaient définitivement acquises. Pourquoi la théorie classique ne le satisfait-elle pas ? Parce qu'incompréhensible pour le « médecin moyen » et même pour quelques autres. Parce que, dans l'aphasie sensorielle, ce qui domine, c'est une diminution intellectuelle dont un ramollissement de la 1re Temporale gauche est bien incapable de rendre compte. Parce que, pour ce qui a trait à l'aphasie motrice, elle peut exister alors que le pied de la 3e Frontale gauche est intact. Après avoir ainsi taillé, il n'a plus qu'à recoudre. C'est ce qu'il fait, en homme qui sait toute l'importance des sutures. Pour lui, l'aphasie survient chaque fois que le centre de Wernicke est atteint, même partiellement. Se produit-il, en même temps, une lésion de la zone lenticulaire, à l'aphasie s'associe l'anarthrie, le syndrome se présentant sous forme d'aphasie type Bouillaud-Broca. Et si nous vivions sur une conception qui ne s'appuyait sur aucun fait probant, c'est parce que ceux qui l'avaient imaginée s'étaient contentés d'un examen sommaire du cerveau, sans le couper, ce qui leur eût montré qu'à des lésions localisées de l'écorce correspondaient des lésions étendues du centre ovale.

Telles sont les principales découvertes de Pierre Marie. Ces découvertes, qu'on peut hardiment qualifier de géniales, il n'a pu les faire que grâce à un ensemble d'exceptionnelles qualités : finesse de l'analyse, acuité du sens critique, usage systématique du doute cartésien, puissance de la dialectique, esprit de méthode, « patience dans les longs efforts », mises au service d'une intelligence tout illuminée des éclairs de l'inspiration. Elles lui ont valu d'être regardé, par tous, comme un des grands seigneurs de la neurologie. Et, de son vivant, elles lui ont assuré l'immortalité.

L. BABONNEIX.

— Le Dr Pousson, professeur honoraire à la Faculté de Médecine de Bordeaux, dont on connaît les beaux travaux en urologie est décédé à Bordeaux à l'âge de 87 ans. Il était correspondant de l'Académie de Médecine depuis 1912.

— M. Michel Weinberg, chef de service à l'Institut Pasteur, membre de l'Académie de Médecine, décédé à Paris.

— Le Dr Rocaz, médecin honoraire de l'hôpital des Enfants, décédé à Bordeaux.

— Le Dr Charles Ruppe, chargé d'un cours de stomatologie à la Faculté de Médecine de Paris.

— Le Dr Etienne Micheleau, agrégé de la Faculté de Médecine de Bordeaux, ancien professeur de médecine légale à la Faculté de Médecine d'Alger.

— Le professeur Edmond Dubé (de Montréal).

— Le Dr Xavier Delore, chirurgien honoraire des hôpitaux de Lyon.

— Le Dr R. Aragon, ancien chirurgien des asiles de Clermont, ancien chirurgien chef de service de l'hôpital militaire du Grand-Palais, décédé à Paris.

— Le médecin colonel Gustave Donier, à Bordeaux.

— Dr Charles Voitout, de Néchin.

— Le Dr de Sard, grand'croix du mérite militaire espagnol, commandeur de la Légion d'honneur, décédé à Paris. Il avait été le chirurgien et le directeur de l'hôpital espagnol à Paris pendant la guerre de 1914-18.

— Le Dr A. Marrel, de Lyon.

REVUE GÉNÉRALE

LE SYNDROME DE HEERFORDT [1]

Rappel clinique. — Parentés morbides
Difficultés étiologiques

par Marcel Perrault
médecin des hôpitaux de Paris
Fred Siguier
ancien interne médaille d'or des hôpitaux de Paris
chef de clinique médicale à la Faculté
et P. Camus
interne des hôpitaux de Paris

HISTORIQUE

Décrite pour la première fois par Heerfordt il y a un peu plus de trente ans (1909), dégagée des observations qui en attribuaient antérieurement les symptômes aux oreillons compliqués d'iritis et de paralysie faciale (Schiens-Gemussens, Zossenheim, Péchin, Micas, Schumacher, Adams) ou à la maladie de Mikulicz, grevée d'irido-cyclite (Cutler, Floystrup, Krailsheimer, Joseph Haas), la « fièvre uvéo-parotidienne subchronique » nous apparaît maintenant comme une maladie singulière mais évadée du cadre trop étroit de la spécialité et ne se refusant plus à celui, plus modeste, de la médecine pratique.

Affection *rare*, puisqu'en 1938, Pautrier ne faisait état que d'environ 120 publications d'origine anglo-saxonne pour la plupart, l'uvéo-parotidite a fait en France l'objet de communications récentes, notamment de la part de MM. Lamy, Mignon et Polacco ; Lesné, Coutela et Lévesque ; Siguier, Mme Siguier et Hébert, et surtout de MM. Toulant et Morard qui, à propos d'un cas personnel (1936) ont retracé de l'affection une parfaite description symptomatique.

Toutefois, à mesure que se simplifiaient les données du problème purement clinique, une analyse plus serrée de ses symptômes d'accompagnement en démontrait la complexité réelle. Et nous sommes en grande partie redevables aux beaux travaux de Pautrier d'avoir saisi dans toute leur richesse les multiples traits qui unissent le syndrome de Heerfordt à cette affection polymorphe qu'est la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann.

Mais, précisé dans son allure symptomatique, comme dans son évolution, élucidé dans ses relations morbides, le syndrome de Heerfordt partage toutes les incertitudes étiologiques qui rendent encore indécises la nature et l'origine même de cette vaste réticulo-endothéliose.

Il nous a donc paru logique d'insister, plus que sur une symptomatologie actuellement bien connue, sur les parentés pathologiques du syndrome de Heerfordt et sur l'obscurité étiologique, estimant que l'intérêt de pathologie générale qui s'attache à ces problèmes en rachète l'actuelle imprécision.

ÉTUDE CLINIQUE

De même, nous nous contenterons de rappeler ses traits étiologiques les plus saillants :

— Prédominance dans les pays nordiques ;

— Absence de contagiosité et de caractères épidémiques ;

— Atteinte élective, dans 80 % des cas (statistique de Toulant et Morard), des sujets *jeunes*, de 10 à 40 ans.

Le début. — Le début, d'allure variable, est toujours progressif et insidieux.

Dans toutes les observations, sont notés l'asthénie, l'amaigrissement important, la fièvre légère aux environs de 38°. Toutes ces manifestations générales, déroutantes en l'absence de tout symptôme objectif, constituent une véritable période d'invasion et impriment à l'affection son allure de maladie générale.

Parfois, ce sont des symptômes de localisation qui ont amené les malades à consulter :

— soit l'hypertrophie des parotides (Pautrier, Lesné, Coutela et Lévesque, Siguier, Mme Siguier et Hébert).

— soit une baisse progressive de l'acuité visuelle (Lamy, Mignon et Polacco) ;

— soit enfin l'installation progressive et simultanée de ces deux manifestations essentielles du syndrome (Toulant et Morard).

Le syndrome constitué

Se traduit par deux phénomènes majeurs :

1° L'hypertrophie des parotides ;

2° des manifestations oculaires.

et plus accessoirement par l'atteinte de l'état général avec fièvre légère.

1° *L'hypertrophie des parotides.*

Très souvent, cette hypertrophie est importante, bilatérale, frappant dès que l'on se trouve en présence du malade. Le gonflement déforme complètement le visage, lui donnant l'aspect « piriforme ». Lesné, Coutela et Lévesque insistent sur l'énormité de l'hypertrophie parotidienne qui donnait à leur malade un aspect presque monstrueux.

Indolentes par elles-mêmes, ces tuméfactions parotidiennes peuvent, par leur volume, entraîner une certaine gêne de la mastication et de la phonation (Pautrier).

La peau, à leur niveau, est toujours intacte. Elle garde sa coloration normale et en palpant on ne trouve ni augmentation de la chaleur locale, ni infiltration cutanée, ni adhérence.

La tuméfaction parotidienne est d'une consistance très particulière. Ce n'est pas la rénitence de l'ensemble des parotidites, elle est vraiment peu élastique, nettement dure, d'une dureté ligneuse.

La parotide est tuméfiée dans son ensemble. Sa surface est lisse. Malgré son volume, elle garde une certaine mobilité et n'adhère jamais aux organes voisins. L'examen ne réveille aucune douleur.

Il est toutefois des formes où l'hypertrophie reste très modérée, ne modifiant que discrètement les contours et où seule la palpation commandée par la découverte de lésions oculaires d'un type spécial, met en évidence la participation parotidienne.

Dans la grande majorité des observations, l'hypertrophie est bilatérale (en règle, simultanée), et il existe quelques observations dans lesquelles la tuméfaction n'a été observée que d'un côté (cas de Muler, de Tranner et Mac Curry, de Kruskal et Levitt), le fait paraît exceptionnel, la bilatéralité, la symétrie constituant les caractéristiques topographiques de l'affection.

Habituellement, la sécrétion parotidienne est sensiblement normale et n'entraîne pas de trouble fonctionnel. Dans quelques cas (notamment dans celui de MM. Lesné, Coutela et Lévesque), les malades se plaignent d'avoir la bouche sèche. Il peut donc y avoir arrêt presque absolu de la sécrétion salivaire. La bouche est sèche, la langue rouge, la soif vive.

Bien que la palpation de la parotide donne l'impression que la glande est tuméfiée dans son ensemble, l'orifice du canal de Sténon ne présente habituellement aucune altération. Les radiographies du canal après injection de substances opaques aux rayons, se sont montrées normales (Garland et Thompson, Sévin).

Cependant, Siguier, Mme Siguier et Hébert ont noté l'in-

(1) On trouvera dans la thèse de l'un de nous (P. Camus, *Thèse de Paris*, 1940) une abondante bibliographie.

filtration du canal de Sténon, sous la forme d'une tuméfaction isolée de la grosseur d'un pois.

2° *Les manifestations oculaires.*

Les manifestations oculaires constituent la localisation la plus sévère du syndrome de Heerfordt en raison des séquelles qui peuvent en résulter.

Si, exceptionnellement (Lamy, Mignon et Polacco), c'est par l'affaiblissement de la vue que débute l'affection, le plus souvent ce trouble est secondaire ou simultané à l'hypertrophie des parotides. Dans le cas observé par M. Pautrier, il s'écoula plus de trois mois entre l'apparition des parotidites et les manifestations oculaires.

Les troubles oculaires s'installent progressivement. D'abord discrets, réduits à un peu de larmoiement et de rougeur conjonctivale, ils s'accusent bientôt ; la cornée revêt une apparence dépolie, glauque, modifiant nettement l'aspect oculaire.

En règle, l'atteinte est bilatérale, sinon symétrique.

Les lésions sont électivement localisées au tractus uvéal.

Cliniquement, Toulant et Morard ont donné un compte rendu très complet des lésions observées. Il s'agit essentiellement d'une irido-cyclite, le plus souvent bilatérale. L'iritis est signalé dans toutes les observations. Dans quelques cas, très rares, il ne se traduit que par une simple rougeur ciliaire, un peu d'œdème irien (Parker ; Crichtley et Philips; Garland et Thompson). En règle générale, il est assez sévère, s'accompagne souvent de l'apparition de nodules iriens, d'une descemétite intense ou d'un dépôt graisseux rétro-cornéen, de troubles de l'humeur aqueuse et du vitré. Il a une grande tendance à provoquer la formation de synéchies postérieures, pouvant aller jusqu'à l'occlusion et la séclusion de la pupille, déterminant parfois même des accidents d'hypertonie secondaire.

L'atteinte des membranes profondes n'est pas exceptionnelle. Névrite optique, hyperhémie papillaire, turgescence des veines rétiniennes, hémorragies rétiniennes, œdème papillaire, chorio-rétinite ont été observés. Quant à la kératite interstitielle, signalée dans l'observation de Siguier, Mme Siguier et Hébert, elle fut considérée par ces auteurs comme un stigmate associé d'hérédo-syphilis.

La guérison de ces lésions oculaires se fait parfois au prix de séquelles cicatricielles, susceptibles d'altérer à des degrés variables la vision, et sur lesquelles nous reviendrons.

3° *La fièvre. L'altération de l'état général.*

La fièvre, bien que présentée par Heerfordt comme un symptôme majeur de l'affection, paraît à Toulant et Morard un signe très inconstant.

Précédant parfois (observ. de Lesné, Coutela et Lévesque), mais non constamment, l'hypertrophie parotidienne ou les troubles oculaires, la fièvre reste toujours modérée, aux environs de 38°, n'accompagne pas toujours toute la durée d'évolution de la maladie et dans certains cas (Brewerton, Mackay, de Leeksma) ne souligne que le début de l'affection.

Presque toutes les observations font mention d'une altération sérieuse de l'état général : fatigue, pâleur, amaigrissement souvent important.

La formule sanguine et l'équilibre leucocytaire sont sensiblement normaux. On ne peut en tirer aucun renseignement d'ordre pathogénique ou évolutif.

Hypertrophie parotidienne, lésions oculaires, accessoirement troubles de l'état général, constituent la triade symptomatologique du syndrome de Heerfordt.

On doit lui rattacher certaines paralysies, certaines localisations glandulaires qui lui sont fréquemment associées. Notons, dès maintenant, leur topographie essentiellement *céphalique.*

Les paralysies associées au syndrome de Heerfordt.

Les paralysies, comme Heerfordt, qui les attribuait à « l'action de toxine », l'a écrit lui-même, ne font pas partie intégrante du syndrome. Elles ne doivent être considérées que comme une complication fréquente.

MM. Toulant et Morard ont trouvé, parmi les 97 observations étrangères qu'ils ont étudiées, 32 fois le syndrome compliqué de paralysie faciale, parfois bilatérale (Lesné, Coutela et Lévesque), le plus souvent unilatérale (Pautrier). Il s'agit toujours d'une paralysie faciale du type périphérique, habituellement complète. Dans 2 cas (David et Garland ; Thompson) il semble que seul le facial inférieur ait été atteint.

L'atteinte de presque tous les nerfs craniens a été observée :

— L'anosmie est signalée par MM. Lesné, Coutela et Lévesque.

— MM. Toulant et Morard, qui ont étudié tout particulièrement l'œil dans le syndrome de Heerfordt, ont relevé 3 cas dans lesquels le moteur oculaire externe avait été paralysé transitoirement.

— La musculature intrinsèque dont l'examen est rendu difficile par la coexistence de l'iritis, a été trouvée altérée dans 12 cas :

— soit réactions pupillaires paresseuses ;
— soit orifice pupillaire irrégulier et dilaté ;
— soit réflexes pupillaires abolis.

Signalons plus brièvement les observations de Mohn et de Lesné, compliquées d'agueusie ; l'observation de Mac Bride, avec hypoacousie ; les observations de Garland et Thompson, de Mohn, avec surdité bilatérale.

La paralysie du voile du palais paraît moins exceptionnelle (2 cas d'Heerfordt, cas de Maitland Ramsay, de Mac Bride, de Tait, de Tanner et Mac Curry, et plus récemment cas de M. Pautrier). Il ne s'agit d'ailleurs dans tous les cas que d'une hémiparalysie, à l'origine de la dysphagie accusée par les malades.

L'hémiparalysie laryngée avait été signalée par Heerfordt et Tait. M. Pautrier l'a observée très nettement chez son malade et le compte rendu de l'examen du laryngologiste mentionne l'immobilité presque complète de l'hémilarynx gauche, tant à la respiration qu'à la phonation. La corde gauche était très flasque, l'aryténoïde gauche complètement immobile.

A côté de ces paralysies craniennes, les plus habituellement observées, il existe quelques observations dans lesquelles d'autres manifestations d'ordre neurologique, souvent discrètes ont été signalées : parésie des membres supérieurs et inférieurs (Mac Bride, Mohn) ; paraplégie (Garland et Thompson) ; abolition des réflexes rotuliens (Feiling et Viner, Davies, Tait) ; abolition des réflexes achilléens (Feiling et Viner, Willoughby Cashell). Notons la possibilité de dysesthésies associées, démangeaisons, douleurs, fourmillements (Heerfordt, Feiling et Viner, Jackson, Garland et Thompson, Tait).

Les manifestations glandulaires associées au syndrome de Heerfordt

Dans quelques observations, à la tuméfaction parotidienne s'associe l'atteinte d'autres glandes.

Presque toujours, il s'agit de glandes céphaliques et parmi elles, l'atteinte des glandes lacrymales est la plus fréquemment signalée. MM. Toulant et Morard l'ont relevé dans 11 observations. Elle existait chez le malade de MM. Lamy, Mignon et Polacco. Parfois réduite à un simple trouble fonctionnel, absence de larmes (MM. Lesné, Coutela et Lévesque), la localisation glandulaire est plus souvent appréciable sous la forme d'une tuméfaction dure faisant saillie sous l'extrémité externe de la paupière supérieure. L'association d'hypertrophie parotidiene et d'hypertrophie des glandes lacrymales fait évoquer aussitôt le syndrome de Mikulicz, et nous verrons ultérieurement les rapports qui paraissent exister entre ce syndrome et celui de Heerfordt.

La tuméfaction des glandes sous-maxillaires s'associe non exceptionellement aux parotidites. MM. Toulant et Morard l'ont notée 8 fois. Nous l'avons relevée dans l'observation de MM. Lesné, Coutela et Lévesque.

L'atteinte des autres glandes paraît exceptionnelle. Deux observations mentionnent une orchite ; une observation, une mammite. MM. Lesné, Coutela et Lévesque soulignent chez leur malade, la disparition des règles, un trouble léger de la fonction pancréatique.

L'examen d'un malade chez lequel on vient de porter le diagnostic de syndrome de Heerfordt portera essentiellement sur :

— l'état de la peau ;
— les ganglions ;
— les poumons ;
— le système nerveux.

et sera complété par des investigations sérologiques et biopsiques. Nous verrons quel intérêt posologique revêt, en certains cas, ce complément d'enquête.

EVOLUTION ET PRONOSTIC

L'évolution du syndrome de Heerfordt est subaiguë, la guérison étant de règle.

Il convient d'opposer du point de vue pronostique les manifestations générales et glandulaires, toutes deux également bénignes, aux lésions oculaires dont les séquelles possibles font toute la gravité de l'affection.

La fièvre et l'altération de l'état général sont deux symptômes précoces. La fièvre persiste habituellement plusieurs mois (quatre mois dans l'observation de M. Pautrier, cinq mois dans celle de MM. Lamy, Mignon et Polacco, six mois dans celle de MM. Lesné, Coutela et Lévesque) ; puis la température revient très progressivement à la normale pendant que l'état général s'améliore et que le malade répare un amaigrissement habituellement important.

L'hypertrophie des parotides a souvent une durée moins longue que celle de la fièvre. Dans les observations relevées par MM. Toulant et Morard, la durée de l'hypertrophie s'étend de quinze jours à un an. En moyenne, l'évolution de la tuméfaction parotidienne n'excède pas trois à quatre mois. La régression est complète, sans séquelles.

La localisation oculaire doit être, du point de vue pronostique, opposée par sa gravité à la bénignité habituelle des autres éléments du syndrome. MM. Toulant et Morard insistent sur la sévérité des séquelles oculaires.

Il est fréquent de voir persister, malgré les mydriatiques, des synéchies et des exsudats qui obstruent plus ou moins l'orifice pupillaire, réduisant souvent définitivement la vision. Parmi 17 observations, 3 fois seulement l'acuité visuelle est revenue complètement ; 11 fois, elle fut diminuée à des degrés divers; 2 fois, enfin, ce fut la cécité définitive.

Il y eut séquelles oculaires chez le malade de MM. Lamy, Mignon et Polacco : quatre ans après le début de la maladie, on note des signes d'iritis plastique, sans aucune réaction inflammatoire, des opacités cristalliniennes, témoins de lésions irido-choroïdiennes anciennes.

Il y eut séquelles oculaires très graves chez la malade de MM. Lesné, Coutela et Lévesque : zones d'infiltration interstitielle avec nodules au niveau de la cornée, ne permettant d'apercevoir que difficilement la pupille et l'iris, et donnant par place un aspect lardacé. Ces lésions réduisent la vision à la perception lumineuse.

Les lésions oculaires cicatricielles pesant lourdement sur l'avenir de ces malades, lesquels sont habituellement des individus jeunes, assombrissant donc le pronostic du syndrome de Heerfordt.

Signalons trois observations (Bang, Souter, Garland et Thompson) où l'évolution fut mortelle. Des lésions de tuberculose miliaire furent trouvées à l'autopsie. Nous verrons lors du problème étiologique de l'affection, les arguments que l'on a tirés de ces trois observations en faveur de l'origine tuberculeuse du syndrome de Heerfordt.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic du syndrome de Heerfordt est celui d'une parotidite d'évolution subaiguë, associée à des troubles oculaires, et qui n'est ni épidémique ni contagieuse.

Les oreillons, dans leur forme habituelle, avec leur évolution aiguë, leur caractère épidémique, l'absence de lésions oculaires, les manifestations inflammatoires locales parotidiennes, sont un diagnostic habituellement aisé. Lorsque les oreillons se compliquent d'accidents oculaires, le diagnostic peut devenir plus ardu.

Dans le cadre des parotidites chroniques, signalons la très exceptionnelle parotidite hérédo-syphilitique unilatérale.

La maladie de Mikulicz retient particulièrement l'attention. Mikulicz en 1892 a décrit une affection caractérisée par l'hypertrophie indolente et bilatérale des parotides et des glandes lacrymales, ne s'accompagnant ni de troubles généraux, ni de lésions du globe oculaire.

L'étiologie de cette maladie chronique, de nature indéterminée pour Mikulicz, a été, selon les maladies auxquelles on l'a trouvée associée, étiquetée : tuberculeuse, syphilitique, leucémique, sarcomateuse, etc. La maladie de Mikulicz est devenue ainsi le syndrome de Mikulicz, pouvant compliquer des affections très différentes. A plusieurs reprises on a noté, accompagnant ce syndrome, des lésions de la membrane uvéale. Aussi, peut-on se demander, si l'on ne peut pas rapprocher le syndrome de Mikulicz du syndrome de Heerfordt, interprétant ces deux affections comme un mode réactionnel particulier du tissu réticulo-endothélial. Cette hypothèse est soutenue par certains auteurs (Puscariu et Lazarescu, Garland et Thompson, Rees, Lesné).

Ainsi, entre syndrome de Heerfordt et syndrome de Mikulicz, il y a moins un problème diagnostique qu'un problème de parenté morbide.

D'une portée beaucoup plus importante est le problème que nous allons aborder maintenant, des liens qui unissent le syndrome de Heerfordt et la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann.

SYNDROME DE HEERFORDT ET MALADIE DE BESNIER-BOECK-SCHAUMANN

Aux manifestations oculaires, aux parotidites, aux troubles de l'état général, se limite la description du syndrome de Heerfordt, enrichi parfois par certaines paralysies, ou certaines manifestations glandulaires que nous avons signalées.

La parenté morbide entre syndrome de Heerfordt et maladie de Besnier-Boeck-Schaumann se fonde sur d'impressionnantes ressemblances cliniques et sur la similitude histologique.

Cliniquement, de nombreuses observations de syndrome de Heerfordt mentionnent l'existence d'adénopathies, de lésions cutanées, de lésions viscérales, identiques à celles qu'on relève dans la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann.

1° Les adénopathies associées au syndrome de Heerfordt.

L'hypertrophie des ganglions est signalée assez fréquemment dans les observations de syndrome de Heerfordt : ganglions petits, durs, indolores, mobiles, sans périadénite, n'infiltrant et n'ulcérant jamais la peau, ne suppurant jamais.

Quelquefois très discrète, se limitant à l'augmentation modérée de volume d'un ganglion isolé, axillaire, ingui-

nal, cervical ou épitrochléen, passant inaperçue à un examen trop superficiel, cette hypertrophie ganglionnaire peut, comme dans l'observation de MM. Lamy, Mignon et Polacco, s'étendre, plus largement, aux régions sous-maxillaire, carotidienne, sus-claviculaire, inguinale et épitrochléenne, comme on le constate dans la maladie de Besnier-Boeck.

2° Les lésions cutanées associées au syndrome de Heerfordt.

Les lésions cutanées ont été déjà notées dans les observations anciennes, et MM. Toulant et Morard en ont relevé 20 cas. Ce sont tantôt des rash érythémateux, accompagnés parfois d'œdème, tantôt de l'érythème noueux, tantôt une éruption de papules, tantôt des pétéchies, du pemphigus, des éléments étiquetés tuberculides. Il est possible que ces lésions cutanées de type si varié aient pu être faussement interprétées. D'autre part, comme l'a dit M. Pautrier, l'attention des ophtalmologistes, auteurs d'un grand nombre des observations publiées, n'ayant jamais été attirée sur leur importance, ces lésions ont pu souvent passer inaperçues, ou être négligées.

Deux observations françaises signalent les lésions cutanées. Dans celle de M. Pautrier, la dissémination des éléments était fort importante aux bras, aux cuisses, et surtout aux jambes. MM. Lesné, Coutela et Lévesque ont noté chez leur malade une éruption moins diffuse d'aspect morphologique identique.

La taille des éléments est variable, de quelques millimètres à 3 ou 5 centimètres de diamètre. La forme est irrégulièrement arrondie ou parfois vaguement circinée. Dès qu'ils s'étalent, leur centre a tendance à s'affaisser, à se déprimer légèrement, alors que la bordure périphérique, de 4 à 5 millimètres de large, très bombée, saillante, descend en pente douce vers la partie centrale déprimée, surplombant beaucoup plus brusquement la peau saine environnante. Leur couleur vire vers le rouge violacé, par place vers un rouge un peu bistre. Au niveau des lésions jeunes, la teinte est uniforme, sur toute l'étendue d'un rouge bistre. Au niveau des lésions plus anciennes, le centre est sensiblement plus pâle.

Il existe également une desquamation plus ou moins importante suivant les lésions considérées, surtout nette au niveau des éléments de dimension moyenne (pièces de 1 à 2 francs). Toute la surface de l'élément est occupée par une lamelle squameuse importante qui se fendille et se crevasse dans toute sa partie centrale tout en restant adhérente, s'effritant au grattage méthodique, soit en véritables lambeaux de plusieurs millimètres, soit en fine poussière squameuse.

Les éléments font saillie au-dessus des téguments, en moyenne de 2 à 5 millimètres. Au palper, on trouve une infiltration dermique importante, mais qui ne paraît jamais s'étendre au niveau de l'hypoderme. Tous ces gros noyaux d'infiltration sont parfaitement mobiles avec la peau.

Enfin, selon les régions, à côté d'éléments parfaitement isolés, d'autres éléments se rejoignent par leur bord formant des nappes confluentes.

Tel est l'aspect des lésions cutanées observées et décrites par M. Pautrier chez un malade atteint de syndrome de Heerfordt.

Cliniquement, ces sarcoïdes dermiques, de dimension variable, sont exactement semblables aux sarcoïdes de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann.

Certes, dans les observations que nous avons prises en exemple, les lésions ont paru toujours limitées aux membres. En fait, l'examen d'un malade atteint de syndrome de Heerfordt devra nécessairement rechercher les lésions de toute la peau, sarcoïdes de dimension parfois minime, lésions parfois beaucoup plus étendues, frappant dès le premier abord. Rappelons que le lupus pernio, caractérisé cliniquement par sa topographie fréquemment centro-faciale, sa coloration violacée, son infiltration profonde et par la présence de points jaunâtres, fermes, ne se laissant pas effondrer comme les nodules lupiques, est maintenant rattaché en raison de sa nature histologique et des lésions viscérales, osseuses, ganglionnaires, qui lui sont souvent associées, à la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann (Hudelo et Rabut).

Les muqueuses enfin seront toujours examinées, notamment la muqueuse nasale, à la recherche de sarcoïdes possibles dont, selon Lomholt, on peut distinguer trois étapes d'évolution :

1° nodules disséminés ou agrégés ;

2° catarrhe avec croûte et érosions ;

3° hypertrophie secondaire fibreuse oblitérante.

Aux hypertrophies ganglionnaires, aux lésions cutanées du type sarcoïde ne se limitent pas, du point de vue clinique les éléments capables de justifier l'assimilation du syndrome de Heerfordt à la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann.

Par l'examen complet des malades présentant un syndrome de Heerfordt, on a mis en évidence certaines lésions viscérales.

Rappelons brièvement que l'état de *la rate*, habituellement hypertrophiée dans la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann, manque dans de nombreuses observations. Souvent trouvée de dimension normale, MM. Toulant et Morard ont relevé cinq cas dans lesquels elle était hypertrophiée.

Beaucoup plus curieuses et très évocatrices de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann sont les localisations pulmonaires.

3° Les lésions pulmonaires associées au syndrome de Heerfordt.

La localisation pulmonaire constitue une des manifestations les plus intéressantes de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann, dont les deux observations récentes de Pautrier, de Lamy, Mignon et Polacco, nous montrent des images remarquables.

Seule, la radiographie systématique permet le diagnostic. Pas de toux, pas d'expectoration, pas de gêne respiratoire, aucun signe d'examen physique.

Dans un grand nombre d'observations, notamment dans celle de MM. Lesné, Coutela et Lévesque, l'atteinte thoracique ne se traduit que par l'hypertrophie des ganglions péri-trachéo-bronchiques. Ces adénopathies ne sont qu'une localisation entre autres de l'atteinte du tissu lymphoïde, dont nous avons déjà parlé. Elles se rattachent sans conteste aux manifestations associées au syndrome de Heerfordt et disparaissent avec la guérison de celui-ci (Tanner et Mac Curry.

Plus rarement, on voit l'atteinte du tissu réticulo-endothélial s'étendre aux poumons. Ce sont ces cas que nous voulons surtout exposer.

L'observation de MM. Lamy, Mignon et Polacco est particulièrement instructive parce qu'elle permet de suivre l'apparition, le développement et l'évolution des lésions pulmonaires, au cours d'un syndrome de Heerfordt typique.

Une première radiographie pulmonaire, prise environ cinq mois après l'apparition des premiers symptômes de la maladie montre un élargissement des ombres hilaires des deux côtés, surtout à gauche, mais l'examen des clichés ne permet pas de discerner s'il s'agit d'ombres parenchymateuses ou d'ombres vasculaires. Il semble cependant au radiologue qu'il ne s'agit pas d'une adénopathie.

Dans les mois qui suivent, alors que l'état général s'améliore, que les troubles oculaires régressent, que disparais-

sent les hypertrophies glandulaires et diminuent les adénopathies, les radiographies pulmonaires montrent des images très remarquables qui semblent attester la présence de lésions extensives, d'un caractère singulièrement alarmant. En effet, on assiste alors à la dissémination des ombres déjà notées sur les clichés précédents, ombres qui gagnent à partir des hiles et s'étendent dans les deux champs pulmonaires suivant une distribution rayonnante le long des vaisseaux et des bronches. Leur densité augmente progressivement du cinquième au onzième mois de la maladie. L'opacité est toujours au maximum dans les régions hilaires. L'image radiologique évoque un peu un aspect micronodulaire, mais les éléments sont moins nettement arrondis, plus irréguliers, un peu contournés. Il s'ajoute à ce moment une réaction scissurale du côté droit qui porte à la fois sur la grande scissure et sur la scissure horizontale.

Deux ans après le début de la maladie, seize mois après ce cliché déjà fortement pathologique, l'image radiographique s'est encore modifiée. Contrastant avec l'état général du malade qui est redevenu excellent, la radiographie montre l'extrême diffusion des images micronodulaires, qui ont envahi presque complètement les deux poumons, à l'exception de certains territoires périphériques, en particulier le sommet et la base du côté droit. Toutefois, il semble que les ombres hilaires soient moins denses, moins larges et moins floues que sur les clichés précédents.

Sur les clichés ultérieurs, on voit peu à peu le nombre des taches micronodulaires, leur opacité, diminuer. Quatre ans et quatre mois après le début de l'affection, l'image thoracique est redevenue absolument normale. L'image scissurales, notée sur plusieurs films précédents, a disparu. Il n'existe pas de défaut dans la transparence des champs pulmonaires. On ne constate aucune image qui évoque un processus de sclérose ou la présence de foyers fibreux. Les ombres vasculaires des hiles ont un aspect normal.

La description très précise des lésions pulmonaires notées dans l'observation de MM. Lamy, Mignon et Polacco montre bien leur aspect micronodulaire, l'opposition entre la diffusion des lésions et l'excellent état général du sujet, la régression complète.

Cette observation de syndrome de Heerfordt avec manifestations pulmonaires de diagnostic purement radiologique n'est pas isolée dans la littérature.

M. Pautrier a vu également chez un malade atteint d'un syndrome de Heerfordt, compliqué par ailleurs de manifestations paralytiques et cutanées, apparaître une localisation pulmonaire cliniquement absolument latente. Ici encore, la localisation pulmonaire n'a pas été très précoce. Les clichés pris dans les premiers mois s'avéraient normaux. Ce n'est qu'une radiographie prise neuf mois environ après le début de la maladie qui révélait une image superposable à celle précédemment décrite : même semis symétrique de taches micronodulaires se détachant sur un réseau de traînées plus ou moins sombres rayonnant des hiles vers la périphérie du poumon.

Une image radiologique si particulière, devant dorénavant avoir sa place dans le cadre des « granulies froides », se retrouve dans les observations de maladie de Besnier-Boeck-Schaumann telles qu'elles furent récemment rapportées par Jens Nielsen au Congrès dermatologique de Strasbourg (1934), et, dans la littérature française, par Troisier et ses collaborateurs, par Lejard et Canetti, par Pautrier et ses élèves, par Bolzinger.

La concordance de ces images radiologiques chez des malades atteints de syndrome de Heerfordt et chez des malades atteints de maladie de Besnier-Boeck-Schaumann, associée aux ressemblances cliniques que nous avons montrées, permettent déjà un rapprochement très étroit des deux affections.

4° Les lésions osseuses associées au syndrome de Heerfordt.

Nous n'avons pas trouvé dans les observations de syndrome de Heerfordt de lésions osseuses associées. Mais, là, encore, l'exploration radiologique du squelette n'a été que bien rarement pratiquée systématiquement.

Les lésions osseuses ne sont d'ailleurs pas une localisation très fréquemment notée dans la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann. Ces lésions siègent habituellement aux phalanges des doigts et des orteils, plus rarement dans les métacarpiens et métatarsiens, exceptionnellement dans les os carpiens et tarsiens, dans les parties distales des os des membres, dans les os nasaux et les os du crâne.

Les phalanges où l'atteinte est le plus fréquent peuvent être le siège d'un gonflement avec raréfaction de la substance compacte et disparition de la médullaire, ce qui donne une image cavitaire très particulière (ostéite cystoïde de Jungling). Ces lésions de dimension très variable, de nombre également variable, permettant de décrire des formes diffuses à grandes bulles, des formes circonscrites à petites bulles, se caractérisent par une chronicité et une torpidité extrêmes. L'évolution néanmoins se fait habituellement vers le retour à un état absolument normal.

Nous avons rappelé une série d'observations de syndrome de Heerfordt dans lesquelles on voit, associés aux manifestations propres à cette affection, des symptômes de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann.

Réciproquement, l'on peut relevé au cours de celle-ci la possibilité d'accidents oculaires, du type de ceux que l'on voit dans le syndrome de Heelfordt, complétant ainsi l'ensemble des analogies cliniques qui relient les deux affections.

5° Les lésions oculaires au cours de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann.

Les lésions oculaires ne sont pas très fréquemment notées dans les observations de maladie de Besnier-Boeck-Schaumann. On voit parfois signalée, une conjonctivite chronique bilatérale. Dans une observation de M. Pautrier, il existait en plus, d'un côté, au niveau de la conjonctive palpébrale inférieure, deux petites infiltrations blanchâtres. On a vu au niveau des conjonctives, des petits nodules clairs, jaunâtres, de la grandeur d'une tête d'épingle dont la structure histologique est identique à celle des lésions cutanées de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann (Olaf Blegvad).

L'iritis décrit par quelques auteurs paraît rare. Néanmoins, certains ophtalmologistes comme Seefelder, vont jusqu'à croire que 10 % des cas de maladie de Besnier-Boeck-Schaumann s'accompagnent d'irido-cyclite. Elle est très nettement signalée dans l'observation de MM. Lejard et Canetti. Leur malade a présenté une poussée unilatérale d'iritis qui a laissé ultérieurement comme séquelle un lambeau pigmentaire adhérent au cristallin au niveau du bord interne de la pupille.

***

L'histologie des lésions du syndrome de Heerfordt

Ressemblances histologiques entre les lésions du syndrome de Heerfordt et celles de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann

Les examens histologiques comparatifs des lésions de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann et de celles du syndrome de Heerfordt constituent un argument de très grande valeur en faveur de la parenté des deux affections.

Il existe peu de comptes rendus d'examens histologique de la parotide hypertrophiée du syndrome de Heerfordt. MM. Toulant et Morard ont résumé les sept protocoles qu'ils ont trouvés dans la littérature (Reimers, Wewe, Cavara, Derrell, Garland et Thompson, Tanner et Mac Curry, Willoughby Cashell). Le tissu glandulaire est réduit à des îlots

épars, dans lesquels se distinguent rarement des lobules entiers, mais plutôt quelques acini isolés. Le parenchyme est envahi par un tissu épithélioïde dont les cellules se disposent souvent en amas nodulaires ou tuberculiformes, parfois en formations irrégulières fasciculées. Certains éléments se rapprochent du type fibroblastique. Les tubercules contiennent dans la plupart des cas des cellules géantes typiques, avec noyaux refoulés à la périphérie. Ils ne présentent jamais de caséification centrale. Tout au plus, peut-on signaler en quelques points des traces de nécrose circonscrite en leur milieu (Cavara). Ils sont entourés d'un manchon lymphoplasmocytaire plus ou moins abondant. Le plus souvent, les septa ne sont pas épaissis. Dans un cas de Garland et Thompson, ils contenaient néanmoins quelques rares follicules.

Le même processus atteint la paroi des canaux dont la lumière toutefois est normale (Garland et Thompson). Les vaisseaux et les nerfs ne paraissent pas histologiquement altérés.

Traînées, boyaux, nodules constitués par un infiltrat de cellules épithélioïdes, parsemé de cellules lymphocytaires, entouré dans certains cas de lymphocytes ; parfois présence de cellules géantes : voilà ce que l'on retrouve à l'examen des biopsies des différentes lésions du syndrome de Heerfordt. C'est également celui que l'on retrouve à l'examen des biopsies des lésions de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann, avec toujours les mêmes caractères négatifs essentiels :

— absence de bacille acido-alcoolo-résistant ;
— absence de caséification.

Ce sont de tels aspects qui furent notés à l'examen des biopsies pratiquées au cas de syndrome de Heerfordt, dans trois examens histologiques d'iris faits à l'occasion d'iridectomies antiglaucomateuses, dans deux examens de la glande lacrymale hypertrophiée.

MM. Lamy, Mignon et Polacco ont fait examiner les coupes de la biopsie de la glande de leur malade par M. Oberling qui remarque l'aspect tuberculoïde des lésions avec la disposition folliculaire des infiltrats épithélioïdes, la présence de cellules géantes et souligne certains traits assez particuliers plaidant à l'encontre de la tuberculose et en faveur de la maladie de Besnier-Boeck : « l'absence de caséification, la rareté des cellules géantes, le monomorphisme des éléments cellulaires, la nécrose fibrinoïde et la sclérose précoce qui s'établissent souvent dans les parties centrales des nodules ».

En fait, les cellules géantes peuvent manquer. Elles peuvent, dans certains cas, être très nombreuses sur les coupes. Ceci est valable aussi bien pour les lésions du syndrome de Heerfordt que pour celles de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann. Même identité en ce qui concerne l'histologie pathologique des lésions cutanées (lésions de sarcoïde).

Même similitude des aspects histologiques des coupes de ganglions dans les deux affections, où l'on trouve des plages ou des nodules plus ou moins arrondis, formés de cellules épithélioïdes. On retrouve habituellement à la périphérie, contre le sinus folliculaire, une couronne de lymphocytes mélangés de plasmocytes. Ces mêmes types cellulaires se retrouvent encore en traînées allongées le long des septa conjonctifs, le long des vaisseaux, circonscrivant plus ou moins les larges nodules épithélioïdes à l'intérieur desquels on peut voir parfois quelques lymphocytes éparpillés : nulle part, on ne trouve le moindre type cellulaire rappelant la cellule de Sternberg.

Cependant, l'identité histologique ne permet pas, à elle seule d'affirmer l'identité profonde des deux affections, de même que l'aspect histologique des sarcoïdes cutanées ne permet pas d'affirmer sans discussion la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann et nous rappellerons à ce sujet deux observations de leishmaniose cutanée à structure histologique de sarcoïde de Boeck rapportées par MM. Dupont (Anvers) et Nicolas (Lyon). M. Werner Jadassohn a raconté au Congrès dermatologique de Strasbourg que Boeck lui-même n'avait pas été capable de distinguer deux coupes : l'une d'un cas de sarcoïde de Boeck, l'autre de lèpre.

Néanmoins, les ressemblances cliniques et histologiques que nous venons de décrire ont permis à M. Pautrier de faire entrer le syndrome de Heerfordt dans le cadre de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann et il a été amené à concevoir, qu'à côté des formes torpides, cutanées, osseuses, ganglionnaires, pulmonaires, formes les plus fréquentes de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann, il existe un type particulier de l'extrémité céphalique, à prédominance parotidienne, oculaire, nerveuse, pouvant ou non s'accompagner d'autres manifestations, cutanées, ganglionnaires, viscérales, de l'affection. Ce type revêt une allure assez spéciale, avec sa fièvre légère qui souligne le côté infectieux possible de la maladie : c'est le syndrome de Heerfordt. Ce syndrome doit garder sa place dans le cadre des réticulo-endothélioses. Il est cliniquement bien individualisé. Sa symptomatologie, son évolution constituent un ensemble clinique particulier, posant un problème diagnostique spécial.

(A *suivre*).

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

LE TRAITEMENT DE LA DIPHTÉRIE
d'après les pédiatres uruguayens

Par L. Babonneix
Membre de l'Académie de Médecine

Il n'est pas sans intérêt de savoir comment les médecins étrangers envisagent une question qui, chez nous, a été l'objet, il n'y a pas si longtemps, de discussions passionnées. Aussi, nos lecteurs nous sauront-ils gré de leur faire connaître un travail d'ensemble que vient de consacrer M. Juan Jose Leunda au traitement de la diphtérie, dans les *Archivos de Pediatria del Uruguay* (décembre 1939, t. X, n° 12, p. 705-729).

Ce travail débute par des *considérations générales*, d'ordre historique, où figure le nom de Bretonneau qui, en 1821, sépara le premier l'angine diphtérique des autres angines à fausses membranes, la considérant d'ailleurs comme une affection locale, dont le seul danger était l'extension au larynx, d'où son traitement par les caustiques, appliqués « avec une énergie sauvage » (Trousseau) par lui-même et par ses disciples.

A la suite de la découverte du bacille par Klebs (1883) et par Löffler (1884), de la toxine par Roux et Yersin (1888), Frankel et Behring, utilisant, le premier, la chaleur, et le second, le trichlorure d'iode, parvinrent à immuniser contre la maladie certains animaux dont le sérum acquérait la propriété de conférer l'immunité. Ce sont ces expériences qui furent recueillies par Roux et Martin sur « le terrain immunologique et thérapeuto-clinique, pour préparer des sérums antitoxiques chez des chevaux immunisés contre la toxine diphtérique ». Roux fit les premiers essais dans le service de Jules Simon, aux Enfants-Malades, et communiqua, au Congrès de Budapest (1894) ses résultats indiquant un abaissement de la mortalité de 50 à 30 et 20 % et qui eurent un retentissement universel. Telles sont les deux étapes de la diphtérie, la première étant *classique* et *empirique*, la seconde, *étiologique* et *immunologique*.

En 1894, arrivaient à l'Uruguay les 40 premiers centimètres cubes de sérum adressés par l'Institut Pasteur. Le 19 décembre, on injectait la première dose à un enfant

atteint de croup, soigné par le Dr Estrazulas, et pour lequel on avait appelé en consultation le regretté professeur L. Morquio. En 1896, on créait l'Institut d'hygiène, sous la direction de Sanarelli, et la première dose de sérum fabriqué par cet Institut fut injectée au fils du professeur Scosería.

Depuis 1896 jusqu'en 1928, grâce à la sérothérapie, la mortalité par la diphtérie est tombée à 1 pour 100.000. De petites doses paraissaient suffisantes.

Mais, de tous côtés, on notait, à cette époque, un abaissement de la mortalité et de la morbidité par diphtérie. Ne convenait-il pas de lui attribuer les résultats obtenus par la sérothérapie, ou, plutôt, de considérer comme une coïncidence les guérisons consécutives à cette méthode ? C'est ce que se demandèrent d'aucuns, et leur question parut plausible, quand les événements donnèrent raison à Göstein, qui avait annoncé, trente ans à l'avance, une période où la diphtérie acquerrait à nouveau, pour une période donnée, une telle virulence que le sérum se montrerait inefficace. Mais les cliniciens se refusèrent à admettre cette interprétation, préférant invoquer une défaillance du sérum, qu'il fût français, allemand ou uruguayen, et il fallut toute l'autorité de Jules Renault, d'Emile Roux et de Martin pour remettre les choses au point et rappeler que le sérum n'a jamais joui de la propriété miraculeuse de restaurer les éléments cellulaires détruits par la toxine, son véritable rôle étant beaucoup plus préventif que curatif.

A la sérothérapie devaient d'ailleurs s'ajouter (et non se substituer) d'autres méthodes thérapeutiques dérivées des recherches de Besredka sur l'immunité locale, et sur l'antivirusthérapie, appliquées par Claveaux à la diphtérie : en même temps, on étudiait, dans les formes « toxiques », les lésions viscérales, et surtout endocriniennes, pour aboutir à cette conclusion que, si la sérothérapie est nécessaire, elle n'est pas toujours suffisante ; ainsi se termine la troisième étape *thérapeutique*, dite *physio-pathologique*.

Commençons par l'étude du *sérum antidiphtérique*. On sait qu'en cultivant le bacille de Löffler sur des milieux liquides et en filtrant ces milieux, Roux et Yersin ont isolé une toxine qui, par frictions sur les téguments, détermine la formation de fausses membranes et qui, injectée sous la peau, produit des accidents locaux : escarres, œdèmes, et généraux, dont, surtout, les paralysies, dues à sa fixation sur les lipoïdes phosphorés du système nerveux. Pour qu'elle donne, chez les animaux auxquels on l'injecte à doses convenables, une bonne antitoxine, il faut qu'elle soit particulièrement active : tel est le cas, entre autres, de la souche américaine Park William n° 8.

Quels sont les animaux auxquels on s'adrese pour la production d'antitoxine ? Ce sont les chevaux chez lesquels la réaction de Schick est négative, à condition qu'ils ne soient ni jeunes ni à pelage clair. Pour réaliser cette immunisation, on emploie, en France, l'anatoxine de Ramon, et, dans le laboratoire de l'auteur, la toxine selon la technique de Renault et Sordelli, qui permet d'agir vite. Au laboratoire Morelli-Brun, les sérums sont préparés grâce à une technique mixte, partant de l'anatoxine, utilisant ensuite la toxine, et obtenant ainsi, dans un délai de vingt-trois jours des sérums dont les mélanges possèdent un pouvoir antitoxique supérieur à 300 unités par centimètre cube.

Les sérums antitoxiques ainsi obtenus offrent à considérer :

1° Leur *pouvoir préventif*, qui représente la plus faible dose capable de protéger un animal auquel on injecte ensuite une dose minima mortelle. Cette dose de sérum est évaluée par E. Lesné à 2 unités antitoxiques par kilogramme de poids ;

2° Leur *pouvoir curatif*, démontré tant par l'expérimentation que par la clinique, établissant, celle-là, que les cobayes auxquels on injecte de la toxine survivent si on a soin, six heures auparavant, de leur inoculer le sérum, celle-ci, que « presque toutes les diphtéries, à l'exception des formes hypertoxiques, traitées promptement et à doses suffisantes, sont guéries par le sérum » ;

3° Leur *pouvoir antitoxique*, étudié, soit sur le vivant, par la technique d'Ehrlich, soit *in vitro*, selon la méthode de la floculation (G. Ramon).

On sait que le sérum antidiphtérique est essentiellement antitoxique, et qu'il n'est nullement antimicrobien, puisque le bacille de Löffler se cultive très bien sur lui, et que tous les essais pour fabriquer un sérum antimicrobien ont échoué.

Il semble bien démontré aujourd'hui que l'antitoxine du sérum antidiphtérique est unique, qu'elle agit sur tous les bacilles et sur toutes les toxines, quelle que soit leur origine, mais, en plus de son pouvoir antitoxique, ce sérum possède un pouvoir curatif spécial (Bingel), peut-être lié à ses propriétés physico-chimiques et biologiques. Ainsi se conçoit que, pour guérir la maladie, il faille non seulement de l'antitoxine, mais aussi du sérum.

Les sérums habituellement employés contiennent 300 U. A. par centimètre cube, mais on en trouve, pour la même dose, renfermant 500, 1.000 et même 2.000 U. A.

Pour diminuer la partie du sérum qui est dépourvue de toute activité, et pour réduire en même temps les accidents, on a remarqué que les antitoxines sont contenues, pour la plus grande partie, dans la fraction pseudo-globuline. Le problème consiste donc à éliminer les autres colloïdes protéiniques du plasme : fibrinogène, euglobuline et séro-albumine, et à concentrer le liquide restant, but que l'on obtient en s'adressant à des méthodes physico-chimiques (Ruppel et Wernicke, Besredka, Rakusin et Flicher, Pick et Briegel ; chimiques : méthodes de Pinkus et Bruner, de Pick, Homer et Banzhaf, de Pitre et Villa, précipitation par l'anhydride carbonique ou par l'alcool biologiques, dont, surtout, la méthode de Ramon.

Les sérums concentrés et purifiés, préparés, au besoin, en partant du bœuf ou du mouton, quand il s'agit de malades sensibilisés aux protéines du cheval, sont indiqués :

1° Pour la prophylaxie ;

2° Pour la curation, quand il s'agit de formes bénignes ou qu'on a affaire à des organismes allergiques.

En cas de diphtérie grave, les sérums modérément concentrés (300 U. A. par centimètre cube) sont préférables, opinion soutenue par divers auteurs français, et non des moindres (R. Debré, P. Lereboullet) et qu'acceptent aussi les autorités uruguayennes les plus qualifiées (Morquio, Bonaba, Leunda).

Quelle doit être la *pratique de la sérothérapie ?* Tout le monde connaît la formule du professeur P. Lereboullet : frapper vite, fort et longtemps. Frapper vite : d'accord ! Frapper fort ? Cela veut dire 500 U. A. par kilogramme de poids, dans les formes moyennes, 1.000 dans les formes toxiques. La question des quantités totales sont encore l'objet de discussion entre spécialistes, mais on tend de plus en plus à les diminuer, et il est exceptionnel, aujourd'hui, qu'on arrive aux 3/4 de litre ou au litre, comme cela se faisait couramment avant la guerre. Avec le professeur Marfan, l'auteur admet, comme doses moyennes, pour les formes communes, de 20 à 60 centimètres cubes ; pour les formes graves, de 150 à 250 ; pour les formes toxiques, de 200 à 300. Dans ces dernières, il ne dépasse jamais une dose globale de 300 centimètres cubes de sérum ordinaire. Reste la troisième partie de la formule, la seule contestable : frapper longtemps. M. Leunda n'applique le traitement que deux jours, exceptionnellement trois. M. R. Debré conseille la dose unique. L'injection est habituellement sous-cutanée (la région abdominale étant exclue) ou intra-musculaire ; quand à la voie intraveineuse, elle sera réservée

aux formes toxiques, deux heures après l'injection intramusculaire ou sous-cutanée, et sans jamais dépasser 5 centimètres cubes, le sérum tiédi, étant injecté lentement.

Les *accidents* de la sérothérapie ont été étudiés par Arthus, Pirquet et Schick, Th. Smith, et rattachés par V. Pirquet, pour la plus grande part, à l'allergie, par Ch. Richet à l'anaphylaxie. Pour l'auteur, ils représentent un cas particulier de l'allergie et surviennent le huitième jour, mais il faut savoir qu'on peut les observer à d'autres dates : les réactions immédiates et accélérées se voient surtout chez des sujets réinjectés, quoique l'on puisse les observer au cours des quatre premières injections (*réaction sérique atypique* de Coca).

Tous les sérums peuvent produire des accidents, mais ceux provenant de cheval sont moins toxiques pour l'homme que ceux fournis par le bœuf ou la chèvre. D'autre part, les sérums neufs sont plus allergiques que les autres. Le facteur quantité joue aussi et, toutes les fois qu'on dépasse 100 centimètres cubes, on a 90 % de chances d'assister à des réactions, qui sont plus fortes, aussi, par voie intraveineuse que par voie sous-cutanée ou intramusculaire, et ont été cause, même en des mains expérimentées, de troubles mortels. L'âge intervient encore, puisque, au-dessous d'un an, il n'y a pas de maladie du sérum, que celle-ci est bénigne jusqu'à 10 ans, et parfois grave chez des sujets ayant dépassé cet âge, qu'elle provoque des perturbations soit immédiates : cyanose, tachycardie (Ch. Smith), soit tardifs : gangrène locale (phénomène d'Arthus), cachexie (ID.). Retenons, toutefois, que ces accidents, plus impressionnants que graves, ne doivent, en aucun cas, contre-indiquer l'usage du sérum, surtout s'il s'agit d'une forme toxique. Pour les éviter, il faudrait, avant l'injection, procéder aux tests classiques avec des dilutions au 1/100ᵉ de sérum de cheval. Quant aux méthodes de désensibilisation (Besredka, Lumière, Sicard), l'auteur ne leur attribue pas grande valeur. Il préfère, lorsqu'on a affaire à des sujets « allergiques », n'injecter que les doses strictement nécessaires de sérum purifié ou concentré, vieux et recourir plutôt aux petites doses répétées qu'aux fortes doses espacées. Il a essayé sans succès le chlorure de calcium, recommandé par Netter. Les accidents une fois déclenchés, le traitement est purement symptomatique : au premier rang des médications auxquelles on peut s'adresser figurent l'autohémothérapie (Leunda et Zarbino), l'hyposulfite de magnésie, qui agit favorablement sur le prurit, et l'adrénaline, donnée toutes les heures, l'oxygène, la lobéline et le sérum glucosé hypertonique intraveineux, en cas de collapsus cardiaque.

Le rôle des défenses locales, dans la contamination ou la non-contamination par la diphtérie, a été mis en évidence par les expériences de Wassermann comme par les résultats de la réaction de Schick, et surtout par les recherches de Besredka sur l'immunité locale, lesquelles « ouvrent une nouvelle étape immunologique, avec des fondements biologiques aussi solides que ceux qui concernent l'immunité générale par les anticorps ». C'est en se fondant sur ces idées, que Besredka a créé l'*antivirusthérapie*, étudiée par Claveaux, mais qui n'est pas encore entrée dans la pratique.

A la thérapeutique spécifique doit s'adjoindre une *thérapeutique physio-pathologique générale non spécifique*, surtout d'ordre cardio-vasculaire, qui s'adressera d'abord à l'adrénaline, sympathicotonique puissante, mais qui peut être dangereuse, en raison du déséquilibre cardio-vasculaire qu'elle produit, ou à ses succédanés : éphédrine, éphétonine, à l'oxygène, à la digitale et à ses dérivés dont l'action est discutée, à l'ouabaïne en injections intramusculaires à la dose de 1 milligramme ; à la théophylline, au camphre, à la coramine, à la vessie de glace précordiale, à la strychnine à hautes doses (Paisseau). L'opothérapie corticale, sous forme de cortine, est indiquée dans les formes toxiques : elle agit en favorisant l'absorption intestinale des glucides : vient-elle à manquer, apparaît une diarrhée profuse avec déshydratation marquée (Laszi et Verzel) ; elle est également utile en favorisant le métabolisme sanguin du sodium et du potassium, et prévient les phénomènes de choc ; elle maintient, enfin, le seuil d'élimination urinaire du sodium et du glucose, en abaissant celui de l'urée (Kerdall). La médication alcaline est destinée à neutraliser l'acidose et à favoriser la diurèse. Enfin, le glucose, administré, soit par la bouche, soit en injections, favorise le dépôt du glycogène tant dans le myocarde que dans les cellules du parenchyme hépatique et surtout si on lui adjoint l'insuline.

Ajoutons l'usage des vitamines, et, particulièrement, de la vitamine C, s'il est vrai que les sujets scorbutiques sont très sensibles à la diphtérie (Hess), que l'intoxication diphtérique expérimentale fait disparaître les réserves des surrénales en acide ascorbique (Cardozo, Munilla y Castiglione), que la toxine diphtérique, *in vitro*, fait disparaître la réaction argentique de l'acide ascorbique dans la surrénale (Munilla et Castiglione), que la vitamine C passe pour neutraliser *in vitro* la toxine diphtérique; que, chez l'homme atteint de diphtérie, il existe notamment des symptômes liés à des lésions surrénales.

Passons sur la question du *régime :* repos absolu au lit, de vingt à quarante jours, chaleur, soins propres à assurer régulièrement l'évacuation de l'intestin et la diurèse, mise du malade au régime hydro-carbone, pour nous livrer à quelques réflexions concernant l'important article de M. Juan José Leunda. Dans l'ensemble, nous sommes entièrement d'accord avec lui. Comme l'éminent directeur du Centre de lutte contre la diphtérie, de Montévidéo, nous pensons que la sérothérapie reste le meilleur traitement de cette maladie, à condition qu'il soit précoce. Comme lui, nous sommes pour les petites doses. Comme lui, nous utilisons les ressources de la médication non spécifique. Nous nous séparons toutefois de lui sur quelques points :

1° Nous utilisons volontiers les sérums concentrés, qui nous ont paru plus actifs que les sérums ordinaires, tandis qu'avec la majorité des auteurs — et M. Leunda lui-même — nous réservons à la prophylaxie les sérums purifiés ;

2° Les accidents de la sérothérapie sont infiniment réduits en nombre et en gravité depuis que nous nous adressons systématiquement à l'éphédrine, selon la technique de M. Pierre-Paul Lévy ;

3° Nous nous trouvons très bien, dans tous les cas graves, de l'emploi de l'acide ascorbique, suivant les conseils du professeur G. Mouriquand, et de l'adrénaline donnée à fortes doses (C gouttes et plus par jour, chez l'adulte), comme nous a appris à le faire le professeur E. Sergent. Que M. J. J. Leunda nous pardonne les légères divergences qui nous séparent de lui. « Deux amis », a écrit Lamartine, « ne sont pas obligés d'avoir chaque nuit le même rêve ».

Acquisitions nouvelles dans le domaine de la blennorragie. Ce qu'il faut savoir des nouveaux traitements (5ᵉ série). *Vers la solution du problème*, par le Dʳ G. FRANCK. — Un volume in-8° de 88 pages, à Paris, chez Amédée Legrand, 1939.

A. B. C. de la Médication digitalique à l'usage du médecin, par le professeur docteur E. EDENS. — Petit in-8° de 47 pages, à Paris, chez J.-B. Baillière et fils, et à Lausanne, chez Payot et Cie.

Traitement physiothérapique moderne de la paralysie infantile, par Henri BORDIER. — Un volume in-8° de 70 pages avec 11 gravures. Prix 26 francs, chez Gaston Doin et Cie, 1939.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 8 avril 1940

Sur les précurseurs physiologiques de l'adrénaline. — Mlle Andrée Vinet.

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 23 avril 1940

M. Pierre Duval, vice-président, qui occupe le fauteuil présidentiel, annonce le décès de M. Pierre Marie, membre titulaire, et de M. Pousson (de Bordeaux), correspondant national.

La désinsectisation des légumes secs. — *Rapport.* — M. Tanon, au nom de la Commission de désinsectisation, propose dans ses conclusions l'adoption de la chloropicrine pour la désinsectisation des stocks de légumes secs, suivant la méthode proposée en 1919 par Gabriel Bertrand, puis Brocq-Rousseu et Dassonville.

Elle a été employée en 1935 par l'Intendance, pour permettre la conservation d'un stock de 600.000 quintaux de blé, après que du maïs ainsi traité eut été donné à des chevaux qui n'en éprouvèrent aucun dommage. Plus tard, M. Lenormand fit goûter du pain fait avec du blé désinfecté par la chloropicrine, à une Commission spéciale instituée au ministère de l'Agriculture et M. Piedallu, pharmacien militaire, put traiter 35.000 quintaux de blé dans lesquels tous les charançons furent détruits. Le pain destiné à l'Intendance n'offrait aucune modification. Le pouvoir germinatif n'est même pas altéré, comme l'a constaté M. Schabetai, de l'Institut agricole d'Egypte.

L'emploi de ce corps qui détruit tous les parasites du blé ou des légumes secs, employé suivant la méthode qu'a décrite M. Bertrand et par un personnnel muni de masques et bien entraîné, est avantageuse. La Commission propose à l'Académie de donner un avis favorable.

L'Académie adopte ces conclusions.

Deux nouveaux dérivés sulfamidés. — M. Delépine présente une note de M. R.-L. Mayer relative à l'activité de deux nouveaux dérivés sulfamidés à noyau thiazolique dans les infections expérimentales de la souris.

Présence du virus poliomyélitique dans les eaux d'égout. — M. Carl Kling (de Stockholm). — La note présentée par M. Levaditi lui a été envoyée par radio-télégramme, les communications postales étant actuellement coupées avec la Suède. Elle est d'un haut intérêt.

M. Kling a réussi, en effet, à démontrer la présence du virus poliomyélitique dans les eaux d'égout d'une grande ville (Stockholm) où une épidémie de la maladie de Heine-Medin sévissait au moment où le prélèvement de ces eaux avait été effectué. On saisit l'importance exceptionnelle de cette constatation, du point de vue de mode de propagation de la paralysie infantile épidémique. Il est établi depuis longtemps que le virus poliomyélitique s'élimine par les matières fécales, aussi bien chez ces malades, que chez les convalescents. Or, voici que le même virus pénètre et se conserve pendant un certain temps (combien ?) dans les eaux d'égout, où ces matières sont déversées. Ces eaux ainsi polluées peuvent donc constituer une source de contamination. De quelle manière ? C'est là un point qui reste à élucider, mais d'ores et déjà, il nous faudra songer à l'intervention possible de quelque animal vecteur (rat d'égout ?). Quoiqu'il en soit, le fait en lui-même semble venir à l'appui de l'hypothèse de la contamination hydrique, hypothèse formulée par M. Kling dès 1928.

M. Levaditi rappelle que la découverte de M. Kling confirme les données relatées antérieurement par Paul Trask et Culotta. Les auteurs ont eu l'occasion d'examiner l'eau

d'égout de la ville de Charleston (South Carolina), où une épidémie de poliomyélite avait été constatée de mai à juillet 1939. La station des pompes à égout déservait, non seulement l'hôpital, où les malades avaient été isolées, mais encore la partie de la ville où l'on avait signalé le plus grand nombre de cas. Un échantillon de 8 litres fut prélevé le 11 juillet et conservé à basse température pendant quelques heures. Après le traitement à l'éther, le sédiment servit à inoculer un singe par voie intrapéritonéale. Un second échantillon fut utilisé de la même manière le 12 juillet. Après une incubation de sept et huit jours, les deux animaux montrèrent des signes cliniques de poliomyélite et révélèrent des altérations médullaires typiques. Passage positif.

Conclusions : *il résulte des recherches effectuées par MM. Paul Trask et Culotta, aux Etats-Unis, et des constatations récentes enregistrées par M. C. Kling en Suède que le virus poliomyélitique peut être présent dans les eaux d'égout provenant de localités où sévit une épidémie de poliomyélite.*

Autres communications. — M. Policard expose ses recherches histologiques sur les plans de clivage dans la plèvre pariétale humaine et pathologique.

M. Roch apporte des considérations sur le rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la tuberculose.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 17 AVRIL 1940

M. le président Mocquot annonce la mort de M. Xavier Delore, membre correspondant de l'Académie, et rappelle ses principaux travaux.

A propos d'un cas de fracture du cubitus avec luxation radiale. Projection des radiographies. — M. Hartmann.

L'importance des hémorragies post-opératoires dépend de la technique employée, et du chirurgien lui-même. — M. Gosset.

Invagination intestinale. — M. d'Allaines. — Sur un travail de M. Dubois-Roquebert : double invagination intestinale péristaltique et antipéristaltique : invagination iléo-cœcale descendante et 2e invagination rétrograde colocolique. L'intervention a été pratiquée sans radiographie, sur un nourrisson de six mois de sexe féminin, après vingt-quatre heures d'évolution. Guérison.

Un cas de paralysie ischémique de Wolkmann, terminé par gangrène et amputation. — M. Rouhier. — Il s'agit d'un blessé de guerre, porteur de fractures multiples, dont une double fracture de la diaphyse humérale gauche, avec fracture du cubitus, chez qui est apparu précocement un œdème de l'avant-bras, avec impotence des trois premiers doigts de la main gauche. L'infiltration du stellaire gauche n'a pas empêché l'évolution vers la gangrène, nécessitant l'amputation du bras.

A la dissection du membre amputé, gangrène totale des muscles de la loge des fléchisseurs, les autres muscles sont sains. Il n'existe pas de lésions nerveuses, l'intégrité du médian est vérifiée histologiquement. L'artère humorale est normale, mais on trouve un caillot à sa bifurcation. La radiale est libre. La cubitale est thrombosée sur toute sa hauteur. M. Rouhier conclut à l'origine vasculaire des accidents.

M. Sauvé discute sur l'emploi du terme « paralysie de Wolkmann ».

M. Rouhier. — Il s'agit d'un syndrome, quelle que soit la lésion anatomique.

Chimioprévention des plaies de guerre par les sulfamides. — M. Legroux relate ses expérimentations faites sur l'animal — lapin et cobaye — depuis quatre mois, avec le

1162 F. Les plaies sont infectées de *streptocoques, de bacilles anaérobies* (*B. Perfringens, et B. Histolyticus*), *de bacilles tétaniques*. Puis les animaux sont traités, les uns par *pulvérisations* locales de sulfamides, les autres par *pulvérisation et ingestion*, d'autres réopérés secondairement, leur plaie étant nettoyée et sulfamidée. La sulfamidothérapie *n'agit pas sur le B. Tétanique*. Elle a une action *anti-streptococcique locale et générale*. Elle suspend l'infection anaérobie *plusieurs jours*, le retrait du corps infectant, avec 2e sulfamidation locale, est suivie de guérison.

En pratique, il faudra suivre la formule sanguine. La technique des pulvérisations serait à préciser pour la chirurgie de guerre.

M. Lenormant souligne l'intérêt des expériences de M. Legroux, la sulfamidothérapie pourra permettre de *retarder* l'acte chirurgical.

M. P. Duval. — La sulfamidation directe de la plaie prolonge la période pendant laquelle la plaie est contaminée, mais non infectée.

M. Truffer, Rouhier, de Martel prennent part à la discussion.

M. Sorrel rappelle la possibilité d'anémie grave après sulfamidothérapie.

M. Heitz-Boyer a employé sans incident des doses importantes de sulfamides.

Chirurgie de guerre. — M. Metivet. — En cas d'attaque, il faut interdire formellement les sutures primitives. Les indications opératoires dépendent des conditions matérielles, de l'encombrement des blessés.

M. Mondor. — Rien n'autorise à changer les directives de la fin de la dernière guerre et à renoncer aux sutures primitives.

M. Sorrel prend part à la discussion.

Présentation de pièces. — M. Rouhier.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 avril 1940

Sulfamidoprophylaxie de la méningite cérébro-spinale. — MM. Célice, Labougle et Isidor ont soumis au traitement prophylactique suivant quatorze collectivités différentes dans chacune desquelles un cas de méningite cérébro-spinale avait été constaté : 3 grammes par jour de 1162 F pendant trois jours, 2 grammes par jour pendant deux jours, 1 gramme par jour pendant trois jours. Ils n'ont pas vu se produire d'autres cas dans les mêmes collectivités et pensent que la sulfamidoprophylaxie doit être pratiquée en cas d'épidémie.

Sur la prévention de l'intoxication benzolique. — M. P. Emile-Weil, frappé par la fréquence des cas d'intoxication benzolique, observés dans ces cinq derniers mois (l'auteur a pu suivre dans son seul service cinq cas mortels et plusieurs cas graves en un semestre) a essayé de réaliser la prophylaxie de cette intoxication.

Les mesures prises par décret ministériel en octobre 1939 sont loin d'être suffisantes. Seule la suppression du benzol et son remplacement par des solvants non toxiques ne contenant pas de benzol, supprimeront l'intoxication benzolique.

La méthode des infections intramédullaires de substances opaques appliquée à l'étude du sternum. — MM. R. Benda, E. Orinstein et Mlle Depitre indiquent que les premières constatations les ont conduits à appliquer une méthode à l'étude de la moelle sternale de l'homme. L'examen d'une douzaine de pièces anatomiques leur paraît devoir fournir déjà d'intéressantes précisions, la méthode appliquée à deux sujets vivants leur permet de souligner la différence d'aspect obtenue par des injections d'une même substance, le lipiodol, dans un tissu mort d'une part (dessins linéaires) et dans un tissu en pleine prolifération, d'autre part (images en grains disséminés, en « confettis »).

Les auteurs insistent, en outre, sur l'absence de toute réaction locale ou générale à la suite des injections.

Emphysème bulleux infecté. — MM. Julien Marie, R. Depierre, Ch. Proux et C. Weyl. — Observation d'un adulte de 32 ans, présentant à l'examen radiologique une volumineuse cavité hydro-aérique du lobe inférieur droit, développé au sein d'un parenchyme de clarté normale. Cette affection pulmonaire a débuté insidieusement et s'est accompagnée d'une expectoration sanglante et purulente de volume réduit et de signes infectieux légers. Après un épisode fébrile d'une durée de deux semaines, la sphère diminua progressivement de volume, devint sèche et ses contours commencèrent à se fragmenter. Le lipiodol a permis de constater le calibre normal des conduits bronchiques. Les auteurs concluent à un volumineux emphysème bulleux infecté.

Un cas d'échec du traitement sulfamidé dans une méningite à pneumocoques. — M. May. — Malade de 46 ans, traité par 6 grammes de 693 intramusculaire.

Pendant les deux premières semaines, le malade allait bien, mais dans toutes les cultures on trouvait des pneumocoques de plus en plus sulfamido-résistants ; aggravation rapide et mort en huit jours. Pendant ce temps, la concentration du liquide céphalo-rachidien en sulfamides baissait, 6 mgr. avec ingestion de 4 à 8 gr.

PRATIQUE MÉDICALE

Bénerva et paralysie faciale périphérique

Le Dr José Lerner, de Buenos-Ayres, vient de publier dans la revue *El dia medico* un travail excessivement intéressant sur les résultats favorables obtenus par la vitamine B_1 dans le traitement de la paralysie faciale périphérique du type a frigore.

Dans les cas aigus, la guérison a été obtenue dans un délai de six à vingt jours, et, dans les cas chroniques, dans un délai de trente à quarante-cinq jours. L'effet a été beaucoup plus prompt et beaucoup plus constant que lorsque l'on utilise les traitements classiques par les salicylates, la galvanisation, la haute fréquence, etc.

On sait que la bénerva est la vitamine B_1 cristallisée (aneurine). Elle se présente sous forme de comprimés dosés à 1 milligramme, d'ampoules de 1 centimètre cube dosées à 2 milligrammes (dosage normal) et d'ampoules de 1 centimètre cube dosées à 10 milligrammes (dosage fort).

La posologie qu'il faut préférer dans le traitement de la paralysie faciale périphérique est la suivante : les doses quotidiennes sont en moyenne de 2 à 10 milligrammes au moins pour commencer, et, lorsque le traitement se prolonge, la dose habituelle est de 1 milligramme par jour ; on peut employer la voie buccale, mais il est préférable d'utiliser la voie parentérale sous-cutanée ou endoveineuse.

Il ne faut pas oublier qu'un des grands avantages de cette méthode est, non seulement la rapidité, mais surtout la qualité de la guérison.

Ces observations viennent à l'appui des nombreux travaux publiés sur l'utilisation de la bénerva dans toutes les algies, les névralgies, les névrites où elle rend les plus grands services, mais il était bon de signaler cette action toute spéciale de la vitamine B_1 dans la paralysie faciale périphérique.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 37-38. — 8-11 MAI 1940. 113e ANNEE Le N° 60 Centimes

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — *Choix des places pour les élèves dans les hôpitaux.* — Internes titulaires : 15 mai à 15 heures. Externes en premier : 16 mai à 15 heures. Externes faisant fonction d'externe en premier : 18 mai à 15 heures. Externes : 22 mai à 15 heures. Elèves en médecine faisant fonctions d'élève adjoint en second : 23 mai à 15 heures.

Le choix aura lieu à l'hôpital Laennec (salle des consultations de spécialités), 42, rue de Sèvres.

Entrée en fonctions pour tous le 1er juin 1940.

Faculté de Médecine de Paris. — Une série supplémentaire de *travaux pratiques de chimie* aura lieu à dater du mercredi 15 mai 1940 à 14 heures.

Inscriptions au secrétariat (guichet 4) les lundis, mercredis, vendredis, de 14 à 16 heures.

Droits d'inscription : 150 francs.

Guerre *(réserve)*. — Sont promus :

Au grade de médecin colonel : MM. Billet, Voivenel, Huleux.

Au grade de médecin lieutenant-colonel : MM. Alglave, Garipuy, Charrier, Duperie, Livon, Arnaud, Millet, Ferrari, Poulhès, Barre, Guerrier, Roubier, Bremond, Modot, Houchard, Margarot, Merle, Picot, Tartavez, Lacoste, Mouzels, Dumas, Paquet, Senlecq, Jausion, Aubriot, Loubat, Welsch, Lacassagne, Fauré, Vauvray, Lapeyre, Richet, Halphen, Potherat, Teulières, Laffont-Lacrampe, Baumel, Tourneux, Monges, Terracol, Kuss, Rebattu, Courty, Nicaud, Meurisse, Simonin, Weissembach, Bonnet, Michel, Vayssière, Watrin, Duhot, Noël, Vignes, Nattan-Larrier, Folliero de Luna, Carrieu, Moiroud, Strohl, Gelma, Gautier, Bloch, Maurer, Métivet, Rouget, Ramadier, Cottenot, Cordier, Castel, Brodin, Toulant, Macquet, May, Leveuf, Moulonguet, Sézary, Quentin.

Au grade de médecin commandant : MM. Bue, Blanquart, Piétri, Fournie, Fournioux, Perrens, Convers, Vicherat, Barrière, Sabadel, Bolot, Brunel, Poli, Solacroup, Carrade, Damade, Rançon, Chalon, Granel de Solignac, Meynadier, Perret, François, Jaubert de Beaujeu, Vincent, Chauvin, Baron, Faligant, Pruvot, Arsollier, Ginestet, Chaubet, Maillet-Guy, Gaudin, Carbillet, Douriaux, Caloni, Bouquet, Blanc, Duclos, Richard, Balland, Chatelin, Perichon, Hippert, Delattre, Sigaux, Schwabb, Le Paumier, Ferrand, Bellocq, Truffert, Hanriot, Tzanck, Auban, Mattei, Duby, Laville, Blanc-Perducet, Laurent, Baudin, Nalin, Portes, de Vernejoul, Cathala, Louart, Marquezy, Debray, Jacotot, Lefebvre, Rigaud, Tapie, Hamant, Despin, Sedan-Miegemolle, Petit, Hagueneau, Stilmunkes, Mouquin, de Gennes, Janet, Beauvieux, Boularan, Casablanca, Massière, Canebier, Vigne, Baudot, Giraud, Huguet, Doumer, Senevet, Laurentier, Bollack, Bergier, Florence, Guilleminet, Lelong,

Barbier, Arnaud, Drouet, Vallery-Radot, Richard, Delas, Rouquet, Keller, Rachet, Jacquelin, Veil, Gastinel, Lavier, Leroux, Piot, Piquet, Baylac, Thomas, Yacoel, Cornil, Sabadini, Bernard, Houel, Portes, Carrie, Desaux, Colldecarrera, Muller, Sarrouy, Joannon, Lian, Buquet, Cousin, Pollet.

Au grade de médecin capitaine : MM. Funel, Girardot, Robert, Page, Gougeon, Nuytten, Verdun, Verdier, Couzinet, Merot, Jennesseaux, Duclos, Breynaert, Astier, Bocage, Dayet, Coffin, Lavigne, Bompoint, Vacher, André, Petit, Philip, Gatau, Chaix, Boisselet, Dayras, Borrien, Violet, Mercier, Regaudie de Gioux, Doneche, Mazzoleni, Louyot, Arnaudet, Alsac, Vaïsse, Gruny, Lebeau, Cornilus, Robin, Rust, Meyer, Vellinger, Leufflen, Lebout, Laurens, Eylaud, Triaire, Gachot, Robinet, Schaller, Wilhelm, Doizy, Bernardin, Dubedat, Colonna, Perrin, Dugast, Cambon, Kreis, Blanc, Colmez, Besson, Giraud, Huguenet, Hutt, Dufestel, Gir, Karch, Daniaud, Pruvost, Nouviale, Cosman, Magnol, Delestre, Mazet, Morisset, Auzimour, Daviot, Robin, Dhers, Gardère, Longchampt, Ramarony, Mathieu, Alibert, Gerbaut, Audubert, Gallot, Benoit, Thibault, Cabrolier, Benazet, Montastruc, Peuch, Boutet, Baron, Fauquet, Serrero, Cahn, Durville, Achard, Darquier, Armingeat, Munch, Chabrun, Gerling, Marchand, Bergez, Franck, Desprès, Subileau, Raux, Paufique, Brenckminn, Sallé, Boutan, Arviset, Brietd, Pauper-Ravault, Baron, Dereu, Florentin, Daumas, Picquet, Marsal, Simon, Reboul, Beylot, Boutitie, Barreau, Robert, Reny, Mahon, Ribat, Lecœur, Roche, Tisseau, Faugon, Wibaux, Maglioli, Bonnamour, Sardinoux, Tarterat, Estienny, de Roissard de Bellet, Astruc, Curtat, Marill, Lassalle, Vibert, Maronneaud, Djian, Roesch, Desmidt, Camus, Clément, Vandendorpe, Vaudiaux, Lebanc, Gibert, Gonon, Audouin, Conneau, Baudry, Bernard, Le Genissel, Haushalter, Kaufmann, Quemar, Tillier, Tonnel, Martin, Sourdille, Carré, Dupouy, Chaninel, Mayer, Lapeyre, Coilesson, Imbert, Desloges, Dupré, Gautier, Leclair, Zadoc Kahn, Regad, Guérin, Sackoun, Grisez, Baudoin, Fabre, Rouvière, Nicolaï, Le Guet, Pelloux, Stieffel, Ducoudray, Patoir, Lhonneur, Defaix, Baradoux, Vialle, Brech, Blanc, Cabantous, Poinot, Heim de Balsac, Rogier, Zettel, Basseres, Bacou, Puech, Blaise, Bessot, d'Aubarede, Demacon, Bompart, Bettinger, Mirallié, Doghon, Ginglinger, Limal, Colonieu, Cabarrou, Labro, Bierent, Bournoville, Sthal, Baude, Astruc, Isemein, Lagarde, Valat, Malihe, Ducas, Rouques, Descomps, Guillon, Schaller, Busson, Couturat, Kessler, Perperot, Jung, Cazes, Jourdan, Decressac, Tremsal, Voulmier, Dalsace, Poinso, Breton, Guichard, Bernex, Giraud, Girou, Fayot, Curtillet, Lasserre, Clément, Achard, Lagèze, Dubarry, Warembourg, Hickel, Recordier, Boulanger, Jouve (C.), Jouve (P.), Goëtz, Loubeyre, Rimbaud, Gelly, Harant, Subra, Berger, Plasse, Floucaud de Fourcroy, Liaras, Escat, Guichard, Martin, Müller, Houzeau, Dor, Audier, Goinard, Rothan, Schiever, Ribadeau-Dumas, Mary, Pacaud, Guilhem, Triboulet, Tounissont, Géraud, Dumon, Pons, Fabre, Virenque, Ettori, Roman, Bert, Decoulx, Figarella, Jourdan, Lange, Raynaud, Grasset, Boudreaux, Saric, Tulasne, Casiglia, Desforges-Meriel, Gosset, Ducroquet, Klein, Neiman, Batmale.

Au grade de médecin lieutenant : MM. Prost, Delord, Froment, Blanc, Lorenzi, Fràiberg, Cortial, Schermann, Papin, Arsac, Lugez, Barragan, Blondeau, Boucheron, Scheffer, Minot, Massot, Gagnepain, Grupper, Duvernay, Chantala, Germain, Hitzig, Le Coanet, Baumeister, Dehouck, Tetu, Meir, Carrère, Gaudron, Steinberg, Lièvre, Jacob, Vigneron, Di Chiara, Bauer, Jacson, de Alberti, Durandy, Hutinel, Israël, Boulange, Penet, Brudi, Cayla, Fructus, Martin, Thomas, Herluison, Moisnard, Catteau, Colpin, Pitic, Wolff, Bosredon, Charpentier, Batier, Benveniste, Dumont, Ducros, Garnier Grand, Jacquemaire, Richard, Cussac, Colletas, Marino, Ghozland, Boiseau, Bernet, Ferron, Gues, Krivine, Mano, Miolane, Noclercq, Gervais de Lafond, Reye, Romieux, Lejosne, Faidherbe, Asso, Le Toux, Gay, Proux, Galup, Gross, Rozier, Mercadier, Gacon, Jabot, Franck, Mouillet, Angelini, Quisefit, Nicolas, Rozée-Belle-Isle, Chalmeau, Simorre, Loze, Lades, Hugues, Bineau, Bourgin, Lelièvre, Cornichet, Charbonnier, Monique, Vignal, Buisson, Arlaud, Bardin, Bernis-Bergeret, Daret, Colin, Carric, Gril, Merlin, Haas, Nicolas, David, Gaignon, Ungerer, Kriegel, Mondou, Mandoul, Pouchard, de Saint-Aubin, Lassave, Bristaut, Guenard, Massardier, Codron, Goulesque, Ritter, Krick, Constantin, Maheo Monard, Dumont, Plique, Sarradon, David, Hamon, Graveron, Blondeau, Bourgougnon, Larcelet, Morisot, Meire, Jullich, Pellat, Daffas, Denis, Vinour, Lagarde, Perdu, Costa, Dommartin, Jacquin, Borie, Estienne, Fayette, Remy, Sultan, Beyrand, Giraud, Escalle, Le Disez, Delrieu, Botreau-Roussel, Laurent, Baysse, Campagne, Emery, Foissin, Aquilina, Aranzana, Lucchini, Pillon, Delavelle, Baillet, Lépine, Cormier-Lassaussay, Olive, Mattraits, Squillante, Jannic, Laval, Giraud, Bensimon, Bailly, Chevalier, Lion, Billet, Goeppfert, Oriol, Pinon, Rudnansky, Schuster, Goldmann, Parant, François, Lefevre, Fauquet, Nedelec, Gueron, Cabarrouy, Delon, Farge, Patron, Rancoule, Chigot, Martin, Philippe, Thoyer, Laurore, Simon, Steinberg, Baillargeat, Berthiot, Blanc, Chiche, Colonna, Dugoin, Ferracci, Marsan, Panne, Perrin, Schlesinger, Sentis, Waelens, Adam, Artaud, Barrau, Brichaut, Caïs, Campana, Converset, Courtot, Cutzach, Daries, Desgeorges, Destouches, François, Gibert, Godard, Granier, Knebelmann, Lamouroux, Laurentie, Leroy, Neron, Peudecœur, Piante, Provence, Quereilhac, Rialland, Rondier, Rolland, Rode, Roubaud, Santucci, Soula, Sztein, Vanuxem, Veisleib, Vic, Vigier, Thomas, Boyer, Chaudesaigues, Dagnan, Delmas, Josancy, Vaincourt, Lachelin, Pischedda, Pezé, Rayol, Auge, Simon, Rochefort, Seignobos, Prunel, Szylowicz, Austerweil, Blanquier, Debedde, Froissant, Jean, Zerbib, Lagaillarde, Pauty, Lasterade de Chavigny, Denis, Marre, Barthelemy, Ben Hamou, Berthod, Delabroise, Dorey, Geerlandt, Giraud, Gras, Leclerc, Legris, Marion, Mattei, Mercié, Michel, Roussy, Soubeyran, Stavre, Talbutiaux, Tourrier, Priolet, Riant Briant, Courtin, Gerdil, Meunier, Bernier, Gasch, Gratier, Haas, Moncenix, Lechevallier, Vannier, Revel, Fischer, Mercier, Bondoux, Petges, Maréchallat, Plique, Deloupy, Grangaud, Geghre, Gérard, Guedj, Garnier, Martinez, Sebahoun, Stora, Battini, Monpère, Le Bayon, Pierron.

REVUE GÉNÉRALE

LE SYNDROME DE HEERFORDT (1)

Rappel clinique. — Parentés morbides
Difficultés étiologiques (suite et fin).

par Marcel Perrault
médecin des hôpitaux de Paris
Fred Siguier
ancien interne médaille d'or des hôpitaux de Paris
chef de clinique médicale à la Faculté
et P. Camus
interne des hôpitaux de Paris

ETIOLOGIE

Nous avons vu comment on pouvait avec une quasi-certitude considérer le syndrome de Heerfordt comme une forme clinique de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann. Le problème étiologique des deux syndromes se confond. Il n'est pas encore résolu.

a) **Théorie ourlienne.**

Devant la symptomatologie du syndrome de Heerfordt, certains auteurs (Lundsgaard, Mackay, Lehmann) ont étiqueté la parotidite bilatérale « oreillons », et n'ont vu dans les manifestations oculaires qu'une localisation du virus ourlien.

D'autres, comme Rieth, ont admis que la parotidite était ourlienne, mais que la tuberculose était responsable de l'irido-cyclite.

Heerfordt ne rattache pas le syndrome qu'il a décrit, aux oreillons et en fait une forme particulière de parotidite épidémique.

Actuellement, comme le résument MM. Toulant et Morard, la théorie ourlienne est abandonnée pour les raisons suivantes :

1° l'absence de toute notion épidémique, la non contagiosité du syndrome ;

2° son apparition chez des malades immunisés par une atteinte ourlienne antérieure ;

3° son évolution chronique, sa durée plus longue que celle des oreillons.

b) **Théorie tuberculeuse.**

L'étiologie tuberculeuse du syndrome de Heerfordt a rallié un grand nombre de suffrages.

Nous étudierons les divers arguments qui paraissent plaider en faveur de cette étiologie et nous en ferons la critique pour apporter les conclusions que l'étude de 43 observations de syndrome de Heerfordt et de 26 observations de maladie de Besnier-Boeck-Schaumann nous a suggérées.

1° Arguments cliniques, thérapeutiques, histologiques plaidant en faveur de l'étiologie tuberculeuse.

a) *Arguments cliniques. Manifestations tuberculeuses associées. Arguments tirés du caractère de certaines lésions du syndrome de Heerfordt.*

Les observations de tuberculose pulmonaire certaine, avec B. K. dans les crachats ou vérifications nécropsiques, ne sont pas très fréquentes chez les malades atteints de syndrome de Heerfordt. Une seule fois, on a trouvé des B. K. dans l'expectoration (Garland et Thompson). Trois malades sont morts de tuberculose miliaire vérifiée à l'autopsie (Bang, Souter, Garland et Thompson). Une fois la mort a été attribuée à la tuberculose miliaire, sans vérification anatomique.

De nombreux auteurs rattachent les adénopathies hilaires qu'ils ont vues sur les clichés thoraciques à la tuberculose, mais il s'agit là d'une pétition de principe.

Dans quelques observations, la tuberculose pulmonaire est présumée, mais sans bacilloscopie positive. Dans de nombreux cas, l'interprétation des images nous paraît fausse ou abusive. Nous ne les retiendrons pas.

Les observations de maladie de Besnier-Boeck-Schaumann associée à des manifestations tuberculeuses certaines sont également en petit nombre. Rappelons deux observations de Schaumann, dans lesquelles, au décours d'une maladie de Boeck apparurent, dans la première une tuberculose pulmonaire mortelle, dans l'autre un mal de Pott.

A côté de ces associations dans lesquelles la tuberculose a été prouvée, sans d'ailleurs que l'on puisse invoquer autre chose qu'une coïncidence, certains symptômes du syndrome de Heefordt ont été considérés par leur aspect clinique comme de nature tuberculeuse. Ce sont surtout certaines lésions oculaires que l'on a voulu rattacher à cette étiologie. Nodules iriens et cornéens, choroïdite, hémorragies rétiniennes ont été, par comparaison avec certaines lésions semblables indiscutablement tuberculeuses, rapportés à cette origine (Schou, Lehmann, Garland et Thompson, etc.). Ici encore, on peut parler d'analogie. Aucun examen anatomo-pathologique, aucun examen bactériologique, n'ont fourni la preuve de l'origine tuberculeuse des lésions.

Critiquant les arguments d'ordre clinique, nous voulons rappeler que Svend Lomholt a montré que le plus grand nombre d'observations de maladie de Besnier-Boeck provient des Etats nordiques, notamment du Danemark qui a la plus faible mortalité par tuberculose de tous les pays d'Europe. Etudiant dans ce pays la distribution des cas observés, il constate que ceux-ci sont disséminés dans tout le territoire, et ne prédominent pas dans les provinces de forte densité tuberculeuse, contrairement au lupus dont la répartition suit la répartition de la tuberculose pulmonaire.

b) *Arguments thérapeutiques.* — Les arguments thérapeutiques ont également peu de valeur. Certains auteurs notent les heureux résultats de la tuberculinothérapie (Reimers, Lundsgaard, Lesné, Coutela et Lévesque). D'autres ont apprécié l'effet de la chrysothérapie (Garland et Thompson, Willoughby, Cashell).

Nous avons vu la tendance à la guérison spontanée bien que relativement lente de l'affection.

C'est cette évolution naturellement favorable qui fait douter M. Pautrier de l'étiologie tuberculeuse du syndrome de Heerfordt et de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann, et lui a fait conclure un exposé de cette question par cette exclamation ; « Quelle étrange tuberculose qui, capricieusement, envahirait la peau, les ganglions, le poumon, les os, la parotide, des nerfs craniens, l'œil, et guérirait partout spontanément ! »

c) *Arguments histologiques.*

Les arguments histologiques ne sont, de même, pas convaincants.

Certains auteurs cependant ont cru voir dans les coupes des biopsies glandulaires (Weve, Reimers, Muller, Dorrel, Cavara, Garland et Thompson), ganglionnaires (Kruskall et Levitt), de l'iris (Heefordt, Atland, Bang, Fleischer), voire cutanées (Garland et Thompson), une disposition folliculaire signant d'après eux la tuberculose. En fait, on sait très bien qu'un tel aspect n'a rien de rigoureusement spécifique.

Nous avons déjà insisté sur les caractères particuliers de l'histologie de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann et du syndrome de Heerfordt, soulignant l'absence de caséification, la précocité et la localisation centro-nodulaire de la sclérose, l'absence de B. K. Ces caractères atypiques pour une lésion tuberculeuse ont été maintes fois notés et ont fait invoquer dans l'étiologie des manifestations pathologi-

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux*, 1940, nos 35-36.

ques que nous étudions, soit une paratuberculose (Weve), soit une pseudo-tuberculose (Gjessing, Reimers), soit une forme atypique de la tuberculose (Lehmann).

En résumé, aucun des arguments symptomatiques thérapeutiques, histologiques ne peut fournir la preuve de l'origine tuberculeuse du syndrome de Heerfordt et de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann.

*
**

Ce ne sont d'ailleurs pas ces arguments qui ont entraîné la conviction de certains auteurs. Deux faits ont retenu leur attention :

1° Les résultats de leurs recherches sur les tuberculino-réactions ;

2° Les résultats de leurs examens bactériologiques.

Les tuberculino-réactions dans le syndrome de Heerfordt et dans la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann.

Analysant les observations de 26 cas de syndrome de Heerfordt et de maladie de Besnier-Boeck-Schaumann, nous avons noté que 21 fois les explorations à la tuberculine (cuti-réactions et intradermo-réactions à diverses concentrations) ont été complètement négatives. Dans 4 cas, il y avait concordance entre les résultats obtenus par les divers procédés : toutes les tuberculino-réactions étaient positives. Une seule fois (MM. Lamy, Mignon et Polacco), il existait une opposition entre la cuti à la tuberculine brute qui était complètement négative alors que l'intradermo au 1/10.000e était positive.

Svend Lomholt, relevant les résultats des explorations à la tuberculine dans 49 cas de maladie de Boeck, note que 36 fois les recherches furent négatives, 13 fois positives à des degrés variables.

Certains considèrent que ces chiffres sont normaux (Pautrier, Kissmeyer, Lomholt). Ils s'appuient sur des arguments que nous avons déjà énumérés : âge jeune de la majorité des malades, leur origine fréquemment rurale.

MM. Lesné, Cl. Launay et G. Sée apportent à l'appui de cette opinion la belle observation d'un garçon atteint de maladie de Besnier-Boeck-Schaumann, dont ils ont suivi l'évolution chronique pendant huit ans. Pratiquant régulièrement la cuti-réaction, ils ont vu celle-ci, quatre ans après le début de la maladie, devenir positive et le demeurer sans qu'aucun changement important soit survenu dans l'aspect clinique de la maladie. Ils estiment fournir ainsi la preuve que l'allergie du malade vis-à-vis du bacille de Koch s'est établie comme chez le sujet normal.

Pour un grand nombre d'auteurs, le pourcentage des tuberculino-réactions positives chez les sujets atteints de maladie de Boeck est très inférieur à ce qu'il est dans le reste de la population.

Un certain nombre d'observations fournissent la preuve de l'anergie tuberculinique des sujets atteints de maladie de Besnier-Boeck-Schaumann.

Beintema a vu, dans un cas de maladie de Boeck à localisations cutanées, ganglionnaires et osseuses, une image radiologique du poumon pathologique avec foyers de calcification d'une ancienne atteinte tuberculeuse. Insensibilité cutanée à la tuberculine.

Même constatation dans l'observation de maladie de Boeck à forme ganglio-pulmonaire rapportée par MM. Lejard et Canetti. Trois grosses calcifications juxta-hilaires et hilaires du poumon paraissent signer une primo-infection anciennes. Toutes les réactions à la tuberculine (cuti, intradermo au 1/5.000e et au 1/100e) sont négatives. Ces auteurs rapprochent leur observation de celle de Mylins et Schurmann. Chez un sujet atteint de maladie de Besnier-Boeck-Schaumann et n'ayant jamais réagi à la tuberculine on trouve à l'autopsie un chancre d'inoculation intestinale avec adénopathies mésentériques calcifiées.

Rappelons enfin une observation de maladie de Besnier-Boeck-Schaumann coexistant avec une tuberculose pulmonaire certaine et une anergie tuberculinique. [Mlle Lévy (Breslau)].

Il est des observations plus intéressantes encore, dans lesquelles on voit apparaître les réactions allergiques avec la guérison de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann.

Schaumann rapporte trois observations de ce genre.

La première observation est celle d'une femme de 41 ans atteinte de maladie de Boeck avec cuti et intradermo négatives. Les manifestations pathologiques cutanées (lupus pernio), ganglionnaires et osseuses, disparurent progressivement et simultanément. Les réactions tuberculiniques devinrent positives en même temps que se développa une tuberculose pulmonaire à laquelle la malade devait succomber.

La deuxième observation a beaucoup d'analogies avec la précédente. Alors que s'estompaient chez une malade de 46 ans les différents symptômes cutanés (lupus pernio), ganglionnaires, amygdaliens, pulmonaires, d'une maladie de Boeck, on vit l'intradermo devenir positive en même temps que se précisaient les signes cliniques et radiologiques d'un mal de Pott lombaire.

La dernière observation de Schaumann concerne un homme de 37 ans présentant les lésions cutanées (sarcoïdes), amygdaliennes et pulmonaires de la maladie de Boeck coïncidant avec une anergie tuberculinique. On vit regresser ces différents symptômes et apparaître, avec la sensibilité tuberculinique, un abcès froid thoracique dont le pus tuberculisait le cobaye.

MM. Lejard et Canetti plus récemment ont rapporté l'observation d'un jeune homme de 17 âns atteint de maladie de Besnier-Boeck-Schaumann à forme ganglio-pulmonaire et oculaire dont les cuti et les intradermo-réactions à concentrations croissantes (de 1/5.000 à 1/100) étaient négatives. Ces auteurs ont vu les différentes manifestations pathologiques guérir en même temps que deux intradermo-réactions au 1/100 devenaient faiblement positives.

Certains n'hésitent pas à conclure de ces différentes observations que la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann s'accompagne d'un état d'anergie tuberculinique. Il s'agit là, à notre avis, d'une notion confuse dont on a usé et abusé sans nécessité évidente.

Cette « anergie » a été interprétée par Jadassohn comme le témoin de l'origine tuberculeuse de la maladie de Besnier-Boeck. Il s'agit ici de sa conception originale de l' « anergie positive ».

Elle part du fait expérimental suivant. MM. Nègre et Bocquet ont montré que le rat infecté avec des B. K. ne donnait pas de réactions cutanées à la tuberculine. Jadassohn a réalisé l'infection tuberculeuse de la peau du rat et a obtenu des lésions dont le caractère histologique se rapprochait du type sarcoïde. Dans ces lésions, il a trouvé le plus souvent des B. K. en abondance, mais généralement des bacilles très fins paraissant altérés. Cultivant et inoculant aux cobayes des extraits des biopsies de la tuberculose cutanée du rat, il obtint dans un certain nombre de cas des cultures de B. K. et la tuberculisation des cobayes. Mais assez fréquemment, les résultats furent négatifs. Enfin, les rats chez lesquels il avait réalisé la tuberculose cutanée eurent toujours des tuberculino-réactions négatives.

Pour Jadassohn, l'analogie histologique des lésions cutanées de la tuberculose expérimentale de la peau du rat et de la maladie de Boeck est déjà un argument en faveur de l'étiologie tuberculeuse de cette dernière.

Pour cette expérience, il réalise, chez l'animal, une forme de tuberculose cutanée avec anergie tuberculinique.

En outre, il rappelle que Martenstein (Dresden) a trouvé dans le sang des sujets atteints de maladie de Boeck les anti- et pro-cutines dont Pickert et Lœwenstein ont montré l'existence. Ces expérimentateurs ont pu, par des injections

réitérées de tuberculine, désensibiliser des sujets ayant préalablement des réactions allergiques. C'est cette fausse anergie que Jadassohn appelle l'anergie positive. Le sang de ces sujets mélangé à la tuberculine brute en doses convenables est utilisé comme réactif (cuti ou intradermo-réactions) chez des individus nettement allergiques. Une tuberculino-réaction faite dans les mêmes conditions avec de la tuberculine brute ou diluée sert de témoin.

Les réactions obtenues avec le mélange ont été habituellement moins fortes, parfois plus fortes, que les réactions témoins. Les expérimentateurs concluent que des « anti- ou pro-cutines » existent dans le sang mélangé à la tuberculine et que l'anergie des sujets désensibilisés par des injections de tuberculine est une anergie positive.

Ce sont ces substances que Martenstein a trouvées dans le sang de malades atteints de sarcoïdes de Boeck.

Et Jadassohn conclut de ces faits, que l'anergie des sujets atteints de sarcoïdes de Boeck est une « anergie positive » et la comparant à l'anergie habituelle du rat (dont le sang contient ces anti-cutines) et aux sarcoïdes cutanées qu'il a obtenues par l'infection tuberculeuse de la peau de cet animal, que l'origine de la maladie de Boeck est la tuberculose.

En réalité, les résultats des expériences dont Jadassohn tire les principes de l'anergie positive sont très variables. Il admet, ainsi que Martenstein, autre défenseur de cette hypothèse, que la technique d'expérimentation est très délicate. Il manque dans les résultats rapportés une concordance capable de faire naître une opinion et des conclusions sérieusement établies.

Il nous a paru néanmoins intéressant de rappeler les bases sur lesquelles Jadassohn a fondé sa théorie de l'anergie positive, mais nous conclurons avec M. Rist que, si dans la maladie de Besnier-Bocck-Schaumann, il semble bien exister un état d'anergie, il ne faut joindre à ce terme aucun adjectif ni en tirer aucune conclusion d'ordre étiologique.

2° Les recherches bactériologiques dans le syndrome de Heerfordt et dans la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann.

Tous les arguments que nous venons d'étudier sont insuffisants pour entraîner la conviction. La certitude de l'origine tuberculeuse d'une lésion ne peut être fournie que par les examens bactériologiques (M. Pautrier) :

— soit présence *in situ* du bacille de Koch décelable à l'examen direct ;

— soit tuberculisation du cobaye ;

— soit culture sur les milieux spéciaux (Petragnani, Lœwenstein).

Ces critères doivent se retrouver avec une fréquence suffisante, lors des différentes expérimentations pour qu'on ne puisse invoquer une faute de technique ou une souillure accidentelle du matériel d'expérimentation. Ceci est un principe général que nous avons tenu à rappeler avant de présenter les résultats obtenus par les divers auteurs.

a) *Recherche du bacille de Koch par l'examen direct au microscope des lésions.*

Parmi les nombreuses biopsies des différentes lésions examinées (sarcoïdes cutanées, lésions ganglionnaires, glandulaires, etc.), nous trouvons *une seule* observation où des bacilles alcoolo-acido résistants, tuberculisant le cobaye, furent trouvés à l'examen direct d'une localisation cutanée (Hudelo, Montlaur et Leforestier).

Kyrle, dans un cas, a trouvé des bacilles dans les lésions récentes, sans qu'il ait pu les inoculer au cobaye, et sans qu'il puisse les retrouver ultérieurement dans les lésions mûries.

Dittrich, dans deux cas, a trouvé des bacilles alcooloacido résistants, mais ne put avec les lésions cutanées dans lesquelles il mit en évidence ces bacilles, ni obtenir de culture, ni tuberculiser le cobaye.

Ce ne sont pas ces quelques cas incertains rassemblés par Kissmeyer qui peuvent fournir la preuve de l'origine tuberculeuse de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann.

b) *Résultats des cultures et des inoculations.*

Les auteurs qui ont observé des maladies de Besnier-Boeck et des syndromes de Heerfordt ont multiplié les inoculations et cultures des crachats, du sang, des extraits de lésions prélevées par biopsie.

En analysant les protocoles d'inoculations et de cultures, on trouve une très grosse majorité de résultats absolument négatifs :

— qu'il s'agisse de tissu glandulaire : résultats négatifs dans deux observations où le tissu parotidien d'un syndrome de Heerfordt fut inoculé au cobaye (Wewe, Raimers), au lapin (Wewe).

— qu'il s'agisse de ganglions : résultats négatifs dans une observation de Schaumann et dans les observations de MM. Troisier et Ortholan, Lejard et Canetti ; Bolzinger, Grupper et Parrot . . .

— qu'il s'agisse d'éléments cutanés. On trouve un nombre important de recherches bactériologiques sur des biopsies cutanées. Presque tous les résultats de culture ou d'inoculation ont été négatifs (Garland et Thompson ; 5 observations de M. Pautrier ; 2 observations de Beintema ; 1 observation de Schaumann) ;

— qu'il s'agisse des crachats, étudiés bactériologiquement dans les formes à manifestations pulmonaires.

Dans les crachats du malade de MM. Lamy, Mignon et Polacco on a trouvé une fois des bacilles alcoolo et acido résistants. Mais on ne peut jamais en découvrir ultérieurement et les crachats n'ont pas tuberculisé le cobaye.

Résultats complètement négatifs dans les observations de MM. Troisier, Bariety, Hautefeuille et Ortholan, Lejard et Canetti :

— qu'il s'agisse du sang (hémocultures et inoculations). La concordance dans les résultats négatifs est ici complète (4 observations de M. Pautrier, 1 observation de M. Chevallier, 1 observation de Schaumann) ;

— enfin, avec les biopsies de lésions osseuses, M. Chevallier n'eut que des résultats négatifs.

Vis-à-vis de cet ensemble de résultats négatifs, nous avons relevé quelques observations dans lesquelles l'ensemencement, l'inoculation à l'animal, ont permis l'isolement d'un bacille tuberculeux.

Etudions les observations dans lesquelles des résultats positifs ont été obtenus :

1° Cavara a inoculé à trois cobayes un fragment de tissu parotidien provenant d'un syndrome de Heerfordt. Deux cobayes n'ont présenté aucun phénomène pathologique. Le troisième maigrit progessivement et mourut dix jours après. L'autopsie révéla la présence de tissu caséeux au point d'injection, une hypertrophie notable des ganglions inguinaux, et l'existence de petits foyers tuberculeux dans le foie et dans les poumons.

2° Kissmeyer, analysant les protocoles d'inoculation de 40 observations de sarcoïdes de Boeck, a vu trois fois l'inoculation d'une lésion cutanée tuberculiser le cobaye. Or, deux de ces malades étaient indubitablement tuberculeux (Gans, Chatellier). Le troisième cas (Kyrle et Morawitz) ne paraît pas entaché de la même cause d'erreur. Quatre cobayes furent inoculés : un seul mourut de tuberculose au bout de dix mois ;

3° Ramel rapporte deux observations avec examens bactériologiques positifs.

La première observation concerne un jeune homme de 19 ans, aveugle depuis l'âge de 13 ans à la suite d'un iritis bilatéral, indolore, mais très rebelle, étiqueté tubercu-

leux, et dont les cicatrices ont entraîné une perte complète de la vision des objets.

Deux ans après, débute une éruption cutanée d'évolution chronique. Quatre ans plus tard, Ramel porte le diagnostic de maladie de Boeck. Au point de vue pulmonaire, l'observation signale l'existence d'ombres hilaires agrandies et de traînées irradiées des hiles vers la périphérie des lobes inférieurs. Tuberculino-réactions négatives.

Ce qui fait l'intérêt de cette observation, ce sont les résultats de l'inoculation d'un extrait de lésion cutanée au cobaye. Chez cet animal sacrifié quatre mois après l'inoculation, on trouve un ganglion inguinal (répondant au point d'inoculation) augmenté de volume, une périhépatite fibreuse grisâtre surtout prononcée à la face inférieure. A la surface du foie apparaît une dizaine de nodules caséifiés dont le volume varie de la tête d'une épingle à celui d'un petits pois. Les frottis de ces nodules montrent de rares bacilles acido-résistants à l'examen direct. Un cobaye inoculé avec l'extrait des nodules hépatiques meurt en un mois de tuberculose généralisée avec dissémination de granulations miliaires riches en B. K., facilement cultivables sur milieu de Lœwenstein. Un lapin inoculé avec l'extrait des tissus bacillifères du cobaye précédent n'a succombé à la tuberculose que dix-sept mois après l'inoculation. A l'autopsie : tuberculose discrète avec rares tubercules disséminés dans les poumons et dans le foie, splénomégalie, engorgement et caséification des ganglions lymphatiques dans la région inguinale et iléo-lombaire.

L'auteur croit à l'étiologie bacillaire des sarcoïdes de Boeck : tuberculose pauci-bacillaire à virulence atténuée.

Mais, comme le souligne Kissmeyer, dans les lésions cutanées dont l'origine tuberculeuse n'est pas discutable, l'inoculation au cobaye ou l'ensemencement sur milieu de Lœwenstein donnent avec une beaucoup plus grande fréquence des résultats positifs, et surtout, les tuberculino-réactions dans toutes les formes cliniques de la tuberculose cutanée sont constamment positives et à un degré en général très fort.

Le même auteur se montre en outre très réservé sur les résultats tirés de l'inoculation en série des cobayes. Il estime qu'on ne doit attacher de valeur qu'aux observations où la tuberculisation certaine de l'animal est réalisée par l'inoculation du fragment tissulaire suspect.

La deuxième observation de Ramel est celle d'un homme de 43 ans atteint de maladie de Besnier-Boeck-Schaumann à localisation cutanée (lupus pernio de la face), osseuse (début d'ostéite cystoïde de Jügling au niveau de la deuxième phalange de l'annulaire gauche), et peut-être pulmonaire. L'intradermo au 1/100 est faiblement positive.

Un fragment de la biopsie du lupus pernio est inoculé à un premier cobaye. Sacrifié deux mois après, l'animal ne présente aucune lésion tuberculeuse.

Un extrait du foie de ce cobaye est inoculé à un deuxième cobaye. Sacrifié quatre mois après, on ne constate aucun signe de tuberculose en activité, mais le foie est le siège d'une stase et d'une stéatose importantes.

Un extrait du foie de cet animal est inoculé en troisième passage à 2 cobayes. Sacrifiés quarante-cinq jours et deux mois après l'inoculation, les lésions trouvées sont encore discrètes. La rate est hypertrophiée. Stase et stéatose au niveau du foie. Un ganglion périportal visible de la dimension d'une lentille.

Ce n'est qu'au quatrième passage (cobaye inoculé avec extrait de foie des deux animaux précédents) que l'on voit se développer une tuberculose généralisée tuant l'animal en trois mois. Les frottis d'organes mettent en évidence le bacille de Koch. Les inoculations et ensemencement des extraits d'organes de cet animal donnent des résultats constamment positifs.

Un lapin inoculé avec un extrait d'un cobaye tuberculisé par les extraits du cobaye de quatrième passage, meurt en huit mois et demi de tuberculose généralisée.

L'auteur voit dans cette deuxième observation la signature de l'origine tuberculeuse de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann. Il considère qu'elle est le résultat d'une tuberculose pauci-bacillaire à virulence atténuée. Bien que le lapin n'ait succombé qu'en huit mois et demi, il n'exclut pas dans son observation le rôle étiologique possible d'un bacille tuberculeux bovin, se rattachant ainsi à l'hypothèse que nous allons maintenant envisager et qui est défendue par Jorgen Schaumann (Stockolm).

4° Schaumann a rapporté quelques observations de maladie de Boeck, dans lesquelles il a pu mettre en évidence un bacille tuberculeux.

Nous avons déjà relaté deux de ces observations, car il s'agit là de deux malades chez lesquels se succédèrent les manifestations de la maladie de Boeck et d'une tuberculose véritable.

La première malade mourut de tuberculose pulmonaire, Schaumann isola dans les crachats un bacille tuberculeux bovin (*Acta Derm.*, 11, fasc. 4, p. 409).

Chez le second malade, il vit dans le décours de la maladie de Boeck apparaître deux abcès froids de la région thoracique, dont le pus tuberculisait deux cobayes. Cette tuberculose facilement transmissible à deux autres cobayes, a permis avec l'extrait ganglionnaire de ces derniers animaux la culture sur milieu de Lubenau de bacilles tuberculeux du type bovin.

Dans la troisième observation, le sujet est atteint de maladie de Boeck à localisations multiples (lupus pernio, adénopathies multiples, localisations amygdaliennes, osseuses et pulmonaires), Schaumann inocule deux cobayes avec les crachats, Il faut un premier, puis un deuxième passage à deux autres cobayes inoculés successivement avec les ganglions hypertrophiés des animaux précédents pour voir apparaître une tuberculose typique des animaux. Schaumann n'a pu définir s'il s'agissait de bacille humain ou bovin.

Le quatrième sujet observé par Schaumann est atteint de maladie de Boeck à localisation cutanée (lupus pernio), ganglionnaires, amygdaliennes, osseuses et pulmonaires. Les symptômes de l'atteinte pulmonaire se réduisent à une expectoration muco-purulente peu abondante le matin, sans aucun signe d'auscultation.

L'exploration radiologique montre un notable accroissement des ombres hilaires ainsi qu'une dissémination d'ombres mouchetées dans les deux poumons, surtout dans les parties centrales et basales. Aucun bacille à l'examen direct de l'expectoration.

Schaumann inocule 8 cobayes avec les crachats. Sept d'entre eux n'eurent aucun trouble, mais le huitième mourut au bout de deux mois. Pas d'adénites au point d'inoculation ; les ganglions iliaques, bronchiques, mésentériques, ainsi que ceux du pédicule hépatique étaient hypertrophiés.

Des inoculations par passage furent pratiquées. Il faut attendre le troisième passage pour qu'on puisse obtenir, par ensemencements d'extraits ganglionnaires sur milieu de Lubenau, une culture, d'ailleurs pauvre, de bacilles de Koch. Seul l'animal du quatrième passage fit une tuberculose généralisée typique, permettant la culture facile et l'identification du bacille, bacille bovin un peu particulier.

Quand Schaumann eut rapporté ses observations et ses conclusions au Congrès dermatologique de Strasbourg (1934), il y eut, malgré quelques objections (MM. Oberling, Lomholt, Leszczynski), un courant d'opinion favorable à cette hypothèse du rôle causal du bacille bovin.

Depuis cette époque, se sont multipliées en France les observations de maladie de Besnier-Boeck-Schaumann et de syndrome de Heerfordt : les nombreuses expérimentations tentées pour vérifier cette hypothèse ont toujours échoué. Un certain scepticisme règne donc sur les conclusions peut-

être trop hâtives de Schaumann, conclusions approuvées par Jadassohn et E. Ramel, donnant à la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann une étiologie tuberculeuse bovine.

On a rappelé la fréquence avec laquelle la tuberculose se greffe sur les lésions non bacillaires. Il n'est pas rare d'observer une telle surinfection des lésions de la maladie de Hogdkin. M. Oberling signale que, assez souvent, le sarcome expérimentale de Rous se complique d'infection tuberculeuse certaine avec B. K. dans le tissu sarcomateux.

Certains ont parlé de virus tuberculeux, de formes filtrantes du bacille tuberculeux, comme agent pathogène de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann.

Ici encore, il n'existe aucune base solide, aucune expérience renouvelée qui permettent de porter une conclusion. Dans le domaine scientifique, une impression n'est pas une preuve.

Que reste-t-il de l'hypothèse de l'origine tuberculeuse de la maladie de Besnier-Bock-Schaumann ?

Aucun argument clinique probant, aucun argument histologique certain, quelques inoculations douteuses de crachats ou de biopsie cutanée déterminant une tuberculose de l'animal après plusieurs passages. Il manque à l'argument bactériologique la répétition des résultats positifs et l'universalité, c'est-à-dire la mise en évidence du même germe dans les différentes lésions que la clinique réunit dans le même cadre nosologique.

Il paraît possible que la maladie de Boeck négative les réactions tuberculiniques. Nous avons déjà écrit qu'on ne devait tirer de cette anergie, aucune conclusion étiologique.

L'étiologie tuberculeuse de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann a encore ses défenseurs : peut-être arrivera-t-on, un jour, à vérifier cette hypothèse. Nous pensons qu'il est actuellement impossible de conclure et estimons que la preuve de l'étiologie tuberculeuse n'est pas encore faite.

c) *Théorie syphilitique.*

L'étiologie syphilitique de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann n'a trouvé que peu de partisans et n'a à son appui qu'un très petit nombre d'observations.

Certes, il existe des syphilides ayant l'aspect de sarcoïdes (Pautrier), et Jadassohn reconnaît que la structure sarcoïde histologique n'est pas spécifique d'une maladie et peut se voir dans la syphilis et dans la lèpre.

Relevant 26 observations de maladie de Besnier-Boeck-Schaumann, nous n'avons jamais noté le moindre stigmate de syphilis : toutes les réactions sérologiques ont été négatives.

Parmi 44 observations de syndrome de Heerfordt, 40 fois la recherche de la syphilis connaît le même insuccès.

Nous n'avons trouvé que 4 observations de syndrome de Heerfordt, dans lesquelles la syphilis puisse être invoquée comme facteur étiologique.

Dans la première observation publiée par M. le professeur de Lapersonne (1902), nous voyons apparaître cinq semaines après le début d'une dacryo-adénite double, un iritis et une orchite bilatérale, puis une tuméfaction des parotides et de la glande mammaire. MM. Toulant et Morard qui rapportent cette observation, pensent qu'il s'agit d'une forme atypique d'uvéo-parotidite. Le traitement antisyphilitique semble avoir montré une certaine efficacité : voilà le seul et bien faible argument que l'on trouve dans cette observation en faveur d'une étiologie syphilitique.

Dans deux observations de syndrome de Heerfordt rapportées par Mohr et par Vasek, la réaction de Wassermann fut positive à plusieurs reprises. Mais le traitement antisyphilitique fut inefficace dans le cas de Mohr et aurait aggravé les lésions du malade de Vasek.

Dans une récente observation de syndrome de Heerfordt rapportée par l'un de nous avec Mme I. Siguier et M. Hébert (1), la syphilis paraît avoir joué un rôle étiologique certain.

La symptomatologie du syndrome de Heerfordt y est très nette : tuméfaction parotidienne bilatérale, irido-cyclite bilatérale. Il existe en outre des adénopathies cervicales, axillaires, inguinales.

L'examen oculaire signale chez cet enfant de 11 ans une kératite interstitielle bilatérale, du type des kératites profondes hérédo-syphilitiques, avec toutefois une particularité topographique : la répartition des lésions en secteur rappelant certaines kératites parenchymateuses de nature bacillaire.

Les investigations sérologiques révèlent chez cette jeune malade l'existence d'une réaction de B. W. suspecte, une réaction de Hecht partiellement positive. Chez la mère, sourde depuis l'enfance, le B. W. est également suspect, la réaction de Hecht partiellement positive, alors que chez le père l'enquête clinique et biologique reste négative.

Aux deux arguments cliniques et biologiques sur lesquels repose ici l'hypothèse d'une étiologie syphilitique vraisemblable, s'associe l'argument thérapeutique : au cours d'un traitement arsenical (sulfarsénol), on voit en trois semaines disparaître la tuméfaction parotidienne, pendant que s'améliore l'état oculaire et la vision (disparition complète de l'irido-cyclite).

Cette observation est dans la littérature celle où le rôle de la syphilis peut être invoqué le plus nettement.

d) *Théorie lépreuse.*

Les théories ourlienne, tuberculeuse, syphilitique ne sont pas les seules par lesquelles on a voulu expliquer la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann.

Certains auteurs (Kissmeyer, Nielsen) rapprochent le tableau clinique de cette maladie des manifestations de la forme noueuse de la lèpre : ressemblances cliniques et histologiques des sarcoïdes cutanées, insuccès des inoculations et des ensemencements sur les milieux de culture, existence dans la lèpre d'altérations osseuses des phalanges (pseudo-kystes) qui complètent sous l'angle de la pathologie générale l'analogie (qui reste d'ailleurs discrète) entre les deux affections.

e) *Théorie infectieuse.*

Un certain nombre d'auteurs (Merrill et Oaks, Sven, Lomholt, Leszczynski, Pautrier) pensent que la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann est due à un virus spécifique non encore identifié.

Cliniquement, la maladie ne paraît pas contagieuse, et ne procède pas par épidémie. On n'a pu, malgré toutes les techniques d'inoculation à l'animal ou de culture sur divers milieux, isoler un germe virulent ou reproduire chez l'animal une affection ayant dans ses manifestations pathologiques quelques rapports avec la maladie de Boeck, ou le syndrome de Heerfordt.

Dans l'évolution de celui-ci, la note infectieuse est donnée par la fièvre légère, l'altération de l'état général, l'amaigrissement, l'évolution vers la régression et la guérison complète. Il convient de souligner, comme l'a montré M. Pautrier, certaines différences évolutives entre la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann et le syndrome de Heerfordt.

Ce dernier se présente dans les observations comme une affection d'évolution subaiguë, avec un certain caractère cyclique, se terminant après un certain nombre de mois par la guérison complète, les séquelles cicatricielles de l'œil étant en pratique le seul élément de gravité du pronostic. Une telle évolution s'oppose à la chronicité de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann, dont les manifestations cutanées persistent parfois désespérément pendant de nom-

(1) *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. de Paris*, séance du 2 février 1940, p. 36.

breuses années. Remarquons cependant que les localisations osseuses ou pulmonaires de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann ont habituellement un caractère plus passager que les sarcoïdes cutanées.

Nous ne croyons pas que cette différence évolutive, qu'il faudra d'ailleurs préciser à la lumière des observations ultérieures, suffit à enlever le syndrome de Heefordt du cadre de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann. C'est uniquement du point de vue symptomatique que nous isolons le syndrome de Heefordt, estimant que son autonomie clinique doit être conservée.

Le problème de l'étiologie du syndrome de Heerfordt et de la maladie de Besnier-Boeck-Schaumann reste donc très obscur.

On peut se demander s'il est nécessaire de considérer cette réticulo-endothéliose comme une maladie autonome, déterminée par un virus spécifique, connu ou non. Différents facteurs étiologiques tels que la tuberculose, la syphilis, sont peut-être susceptibles, soit, agissant indirectement, de favoriser l'agression du système réticulo-endothélial par un virus encore inconnu ; soit, agissant directement, de déterminer la réaction réticulo-endothéliale.

Si cette dernière conception a l'avantage de simplifier le problème étiologique, il faut reconnaître par ailleurs que dans la majorité des observations, on ne trouve aucun facteur capable d'expliquer la réaction réticulo-endothéliale directement ou indirectement.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 15 AVRIL 1940

Réaction de Millon. — MM. E. Fernbach et Georges Ruillier exposent le résultat de leurs recherches sur la réaction de Millon vis-à-vis de diverses tuberculines obtenues par précipitation.

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 30 AVRIL 1940

Notice nécrologique. — M. Chevassu donne lecture d'une notice sur M. Pousson (de Bordeaux), membre correspondant récemment décédé.

La silice exerce-t-elle une influence sur le développement et la virulence du bacille tuberculeux? — MM. Heim de Balsac, Fernbach et Rullier. — Le silicium est-il un élément favorisant pour le développement du bacille tuberculeux ?

La teneur élevée des cendres du bacille en silice prouve son affinité sélective pour le silicium. Néanmoins, il n'est en rien influencé quant à son développement et sa virulence par l'enrichissement en silice du milieu de culture.

Le risque tuberculeux dans la collectivité. — M. M. Moine. — D'une statistique britannique sur la mortalité par la tuberculose, M. Moine tire des renseignements intéressants :

Dans les professions libérales, la tuberculose frappe huit fois moins que dans les occupations les moins favorisées ; ce sont les tenanciers de bars qui lui paient le plus lourd tribut, avec 417 décès pour 100.000 de 35 à 44 ans et leur mortalité générale s'élève à 1.129 décès contre 291 pour 100.000 fonctionnaires, 308 pour 100.000 professeurs, 523 pour 100.000 médecins.

En d'autres termes et dans chaque profession, sur 100 décès de 35 à 44 ans, la tuberculose tue 10 médecins, 17 juges et avocats, 19 policiers, 21 distillateurs de boissons alcooliques, 26 boulangers, 28 peintres en bâtiments, 33 coiffeurs, 35 cordonniers et 37 tenanciers de bars.

Quelle est l'ampleur du risque tuberculeux des Français selon leur profession ? Nul ne peut le dire.

Toutefois, l'auteur peut affirmer que la fréquence de la tuberculose est de 32 décès pour 100 de toutes causes, relevés parmi les hommes de toutes conditions, avec 319 morts pour 100.000 sujets de 35 à 44 ans contre 137 en Angleterre.

Production d'aérosols médicamenteux. Possibilité d'application thérapeutique. — MM. L. Dautrebande, E. Philippot, F. Nogarède et R. Charlies.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 24 AVRIL 1940

Rôle de la prostatite chronique dans la maladie hypertrophique de la prostate ». — M. Heitz-Boyer. — Il faut distinguer, d'une part, l'adénome des glandes péri-juxta-uréthrales, justiciables de l'opération de Freyer ; d'autre part, la *prostatite chronique hypertrophiante péridiverticulaire*. Le diagnostic en sera soupçonné : par l'âge souvent jeune, l'évolution très longue mais sans rémission, l'absence de rétention complète ; au toucher rectal, la prostate dure, de consistance souvent inégale ; l'absence d'action de l'hormonothérapie. Le diagnostic sera affirmé par l'*uréthrographie* et l'*uréthrocystoscopie*. Les deux variétés peuvent s'associer, il s'agit alors d'une véritable *prostatite adénomateuse*.

Le traitement doit être précoce par la méthode de la haute fréquence.

Les formes anatomo-cliniques de la maladie prostatique. — M. Fey donne les conclusions tirées de l'observation clinique de 77 malades atteints de maladie prostatique. Anatomiquement, il s'agit soit d'adénomes volumineux, soit de lésions moins étendues. Il est difficile d'établir un parallélisme anatomo-clinique précis.

M. Chevassu. — Le diagnostic fonctionnel et le diagnostic anatomique sont différents. Les prostatites diverticulaires sont le plus souvent d'origine blennorragiques. Le diagnostic avec le cancer sera posé par l'urétrographie.

La maladie diverticulaire peut être suivie de complications multiples, complications rénales, cancérisation secondaire. — M. Heitz-Boyer.

A propos de la perte de sang dans les opérations. — M. Leriche. — Les chiffres différents de ceux de M. Gosset s'expliquent par le fait qu'il ne s'agit pas des mêmes malades. M. Leriche étudie uniquement depuis trois ans la perte de sang dans les *cas difficiles* de la chirurgie. Les troubles post-opératoires semblent être dus à un trouble de la vasomotricité.

M. Mondor fait remarquer l'absence de modification du chiffre de globules rouges après l'opération, alors qu'il y a hyperleucocytose.

M. Cunéo. — La variation de globules rouges n'est pas parallèle à l'hémorragie.

MM. P. Duval, Monod, de Martel prennent la parole.

M. Leriche. — Toute section du sympathique entraîne une hyperleucocytose.

Fistule artério-veineuse jugulo-carotidienne de la base du crâne. — M. Leriche. — Il s'agit d'un blessé par balle de revolver chez qui le nerf maxillaire supérieur gauche, la XIe et la XIIe paires craniennes ont été sectionnées en même temps que s'est constituée une fistule jugulo-cranienne.

Artériographie. Intervention quatre mois après l'accident. Extirpation entre quatre ligatures. Guérison sans troubles cérébraux.



FICHE
DE THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

Sulfate de Spartéine : $C_{15}H_{26}N_2$, $SO_4H_2 + 5H_2O$, *sel cristallisé, chimiquement pur, préparé à partir de la Spartéine du genêt (Sarothamnus scoparius).*

Action cardiaque démontrée par de nombreux essais physiologiques.

PHARMACODYNAMIE

la **Spartéine :** *a)* soustrait le cœur à toute action nerveuse extrinsèque (1) ;

b) supprime les extrasystoles physiologiques et pathologiques (2) ;

c) exerce une action cardio-tonique marquée (3).

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES

1° **Régulateur du cœur :** arythmies, palpitations, névroses cardiaques, etc.

2° **Cardio-tonique :** maladies infectieuses, hyposystolie, asystolie.

Très peu toxique, très maniable, ne s'accumulant pas, la **Spartéine** est le **meilleur tonique cardiaque d'entretien.**

DOSES : 0 gr. 10 à 0 gr. 25 et même 0 gr. 40 *pro die* sous forme de **Granules de Spartéine HOUDÉ**, titrés à 0 gr. 02 de sulfate de spartéine par granule.

1) F. MERCIER et L. J. MERCIER *C. R. Soc. Biol.*, 93 (1925), 339 et 1468.
(2) DELAS et SOULA. *Arch. Int. Physiol.*, 25 (1925). I.
(3) R. ROGER. *Thèse. Doct. Médecine.* Toulouse (1927)

50 GRANULES TITRÉS de
SPARTÉINE HOUDÉ
LAURÉAT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(PRIX ORFILA)
Chaque granule contient exactement deux centigrammes de sulfate de Spartéine pur

DERUFER

VENTE EN GROS
Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 12 AVRIL 1940 (fin)

Résultats obtenus par le traitement de la méningite cérébro-spinale par le 1162 F. — M. May déclare qu'il ne peut pas y avoir de traitement standard de la méningite cérébro-spinale. Il fait seulement remarquer que dans les deux premiers jours de la maladie, le traitement doit être le plus massif possible. La concentration moyenne en sulfamides du liquide céphalo-rachidien est en moyenne de 6 à 7 mgr. au bout de vingt-quatre heures, de 12 à 15 mgr. après quarante-huit heures.

SÉANCE DU 19 AVRIL 1940

Traitement de l'érysipèle gangréneux du scrotum par application de poudre de 1162 F. — M. Lemierre, Mlle Bonnenfant. — Observation d'un homme de 52 ans présentant une tuméfaction énorme, rouge du scrotum s'étendant à la verge et s'accompagnant d'un abcès pubien. Traité par le chlorhydrate de crizoïdine, le sphacèle se produisit et quelques jours après tout le scrotum était détruit, les testicules mis à nu, et, en plus une fistule dans la région périnéale.

Application de poudre de 1162 F et cicatrisation très rapide. Les sulfamides restèrent sans action sur l'abcès pubien ; le médicament demeurant sans effet sur les streptococcies profondes.

Epithéliome du côlon descendant chez un jeune soldat. — MM. Brodin et Villardeau. — Grande gravité de l'affection qui, malgré l'intervention, emporta le malade par infection et shock ; gravité due à l'extrême latence de quelques symptômes : vomissements, subocclusion, jeunesse du sujet (22 ans).

Traitement sulfamidé chez les nourrissons. — M. Ribadeau-Dumas ne croit pas au rapport de la dose avec le poids ; il est partisan des doses importantes.

Résultats très favorables dans les méningococcies et les gonococcies, 100 % de guérisons ; les résultats sont moins bons dans les infections à pneumocoques, ainsi que dans les broncho-pneumonies des enfants où on note environ 60 % de guérisons.

Epanchement pleural séro-fibrineux avec pullulation streptococcique développé au cours d'une scarlatine chez un tuberculeux pulmonaire. Injections intrapleurales de 1162 F. Guérison. — M. A. Lemierre, Mlle Bonnenfant et Mlle Dufresne. — Observation d'un jeune homme de 22 ans atteint de tuberculose pulmonaire droite et chez lequel se développa brutalement, au sixième jour d'une scarlatine un épanchement pleural droit séro-fibrineux, à polynucléaires et fourmillant de streptocoques hémolytiques. Etat général grave. Injections intrapleurales de solution de 1162 F amenant l'arrêt immédiat de la pullulation streptococcique, la prompte stérilisation du liquide pleural, l'amélioration rapide de l'état général et la disparition de la fièvre.

Les auteurs soulignent les remarquables effets des injections intrapleurales de 1162 F chez leur malade.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

Lundi 8 avril. — Jury : MM. Loeper, Robert Debré, Henri Bénard, Ménégaux. — M. Cagniart. Sur le traitement actuel de l'angine de poitrine. — M. Besserve. Etude clinique et pathogénique de la dysostose cléido-cranienne. — M. Quémeneur. Les formes associées de l'hyperthyroïdisme et d'autres troubles des glandes endocrines.

Mardi 9 avril. — 1° Jury : MM. Pierre Duval, Nobécourt, Gougerot, Velter. — M. Morel-Fatio. Les tuberculoses de la main par inoculation accidentelle du bacille bovin. — M. Berthon. Les luxations des quatre derniers métacarpiens. M. Thésée. La conception actuelle de la néphrose lipoïdique. — M. Yvonneau. Mécanisme d'action des organo-soufrés. — M. Evrard. Contribution à l'étude de l'aspect intragastrique des dermatoses. — M. Pley. L'énophtalmie traumatique.

2° Jury : MM. Guillain, Lenormant, Laignel-Lavastine. — M. Champeix. De quelques cas de polynévrite de Korsakoff traités par la vitamine B. — M. Baccouche. Action du glycérophosphate de chaux dans les états infectieux. — M. Williot. Contribution à l'étude de l'invagination iléo-iléale chez l'adulte. — M. Chrétien. Contribution à l'étude de la physiologie du système nerveux végétatif : la cholinestérase. — M. Ecale. Aperçu historique sur la transfusion sanguine. — M. Ciaplic. Eventualités neuro-psychiatriques civiles des raids aériens. — M. Glück. La découverte de Lejumeau de Kergaradec ; l'application de l'auscultation à l'art des accouchements. — M. Hoffmlnn. Le cas de Maupassant.

Mercredi 10 avril. — Jury : MM. Abrami, Troisier, Chiray, Mondor. — M. Isabel. La cristallisation du chlorure de cuivre. Son application au diagnostic du cancer et de la tuberculose. — M. Hirsch. Les lésions pleurales primitives ou secondaires chez les tuberculeux chirurgicaux. — Mme Pailler. Temps écoulé entre les premiers symptômes d'une tuberculose pulmonaire et la première radiographie. — M. Babou. Contribution à l'étude des tuberculoses ouvertes ou fermées. — M. Garrec. Considérations sur la pathogénie des états bacillaires chroniques. — M. Vieillefosse. Les hémorragies et le syndrome malin typhoïdiques. L'hémothérapie des maladies typhoïdiques. — M. Raynaud. Vers l'évolution sociale du thermo-climatisme français. — M. Leibovici. De la contracture pariétale dans les hémorragies intrapéritonéales. — M. Durand. A propos d'un cas d'éclatement d'estomac par contusion abdominale.

Jeudi 11 avril. — Jury : MM. Cunéo, Lemaître, Tanon, Gastinel. — M. Leconte. Bruits d'oreille et sympathique. — M. Bailly. Résultats de la thérapeutique sulfamidée locale dans les affections aiguës et chroniques du rhino-pharynx et de l'oreille. — M. Mossé. La fièvre aphteuse chez l'homme ; ses rapports avec l'épizootie.

LIVRES NOUVEAUX

Positions françaises, par Georges Duhamel. — Paris, 1940, in-18 de 207 pages.

Longtemps, M. Georges Duhamel n'a éprouvé pour les Allemands, d'autre sentiment que la sympathie. De 1914 à 1918, il n'a voulu voir en eux que de loyaux adversaires. De 1918 à septembre 1939, il a, de toutes ses forces, poussé à une entente avec eux. Et voici que, soudain, lui est apparu le vrai visage de l'éternelle Allemagne, respirant l'orgueil et la férocité, gonflé de haine, suant, par tous ses pores, le mensonge et la trahison. Depuis qu'elle s'est donné pour maître un délirant chronique, il s'est dit que la catastrophe était imminente. Et voici, en effet, revenu le temps de l'angoisse universelle.

Des hostilités, qui est responsable ? Assurément l'Allemagne. Mais eût-elle cherché à précipiter les autres dans la servitude, s'ils n'avaient, par leurs fautes, attiré la foudre ? Anglais, nos chers amis, pourquoi avoir, des années durant, accordé votre confiance à des malfaiteurs en train de creuser le tombeau de la paix ? Tchécoslovaques, n'avez-vous point, par vos querelles de famille, fait le jeu

des barbares? Polonais, quelle a été votre erreur de croire que, si « votre proche voisin était incommode et grossier, « il n'était pas du tout méchant » ! Et ne devons-nous pas, nous-mêmes, nous reprocher notre goût pour le byzantinisme, nos luttes de classes, notre fureur à nous dénigrer les uns les autres ?

De ces constatations, faut-il tirer des conclusions pessimistes ? En aucune manière ! Nous avons, dans notre jeu, les meilleurs atouts : l'alliance de la Grande-Bretagne et de la Turquie, la ligne Maginot, les précieuses sympathies de bien des neutres ? Et ne comptez-vous pour rien ce manque absolu d'esprit de finesse qui, à tout instant, fait commettre à nos mortels ennemis de mortelles erreurs? Nous vaincrons, à condition de renoncer au sophisme qui oppose Hitler à Staline, de reléguer aux vieilles lunes la stupide fiction des deux Allemagnes, de nous arranger, au moment des négociations, à ne pas perdre la paix après avoir gagné la guerre !

Félicitons notre éminent confrère de donner à *La guerre blanche* une si passionnante suite. Impossible de lire son livre sans admirer l'écrivain, dont certaines descriptions sont de vrais chefs-d'œuvre, le biologiste qui compare l'agitation malsaine des Huns à une infection putride avec production de foyers métastatiques, le prophète qui, il y a plus d'un an, annonçait l'envahissement de la Pologne, le patriote qui, voyant à son poste la France, sereine et courageuse, garde les plus hautes raisons d'espoir.

L. Babonneix.

QUESTIONS MILITAIRES

L'avancement dans le Service de Santé. — Depuis quelques semaines, les promotions se succèdent dans le Service de Santé (réserve). Nous pouvons y voir la confirmation des renseignements que la direction du Service de Santé au ministère de la Guerre voulait bien me donner récemment à la suite d'une démarche de l'*Association Corporative des Etudiants en Médecine de Paris*. En voici la teneur :

« *Seront nommés médecins sous-lieutenants les médecins auxiliaires reçus docteurs en médecine jusqu'en août 1939 inclus, s'ils ont été rappelés en mars 1939 sous les drapeaux et s'ils ont fait leur service militaire actif comme médecin auxiliaire. Les nominations se feront selon l'ancienneté dans ce grade* ». Tout ceci est fort bien exprimé ; c'est la justice et la clarté mêmes qui ressortent de l'expression ministérielle ; et puis enfin il est logique de *primer* ceux qui, en temps de paix, ont *servi* avec leur grade, apprenant ainsi leur rôle futur de médecin de combattants.

Après avoir annoncé cette bonne nouvelle aux intéressés, je dois leur faire également savoir qu'*il n'y a aucune limite d'âge pour passer au grade de médecin sous-lieutenant.*

Ceux qui font courir ce bruit commettent une confusion avec les prescriptions concernant les officiers d'administration du Service de Santé.

Le cas des médecins est différent, il n'y a pas de limite d'âge pour eux.

Remercions donc le ministre de la netteté de sa réponse.

Maurice Mordagne.

Médecins auxiliaires. — M. Louis L'Hévéder, député, demande à M. le Ministre de la Défense Nationale et de la Guerre quelles sont les conditions à remplir par un médecin auxiliaire de réserve pour être susceptible d'être proposé pour le grade de médecin sous-lieutenant. (*Question du 22 février* 1940.)

Réponse. — Les conditions à remplir par un médecin auxiliaire de réserve pour être susceptible d'être proposé pour le grade de médecin sous-lieutenant au titre du premier trimestre 1940 sont, en application des instructions du 13 février : d'avoir un an d'ancienneté de grade de sous-officier (E. O. R. compris) et six mois de présence aux armées ou deux ans de grade de sous-officier (E. O. R. compris) et de réunir par ailleurs les conditions techniques exigées (être titulaire du diplôme d'Etat français de docteur en médecine ou être titulaire d'au moins 16 inscriptions validées et avoir été nommé, après concours, interne titulaire des hôpitaux d'une ville de Faculté).

(*J. O.*, 7 mars).

Etudiants mobilisés. — M. Poitou-Duplessy, député, demande à M. le Ministre de l'Education Nationale les raisons pour lesquelles il refuse aux étudiants en médecine et en pharmacie actuellement au front, le droit de prendre leurs inscriptions alors qu'il autorise ceux mobilisés à l'arrière de faire deux années dans une, ce qui correspond à favoriser les étudiants qui ne sont pas en danger (*Question du 2 février* 1940.)

Réponse. — Les étudiants, qui sont sous les drapeaux, ont été autorisés par mesure exceptionnelle à prendre des inscriptions mais seulement après la première année de leur service obligatoire. Cette mesure s'applique à tous les étudiants quelles que soient les études qu'ils poursuivent et quel que soit l'endroit où ils sont mobilisés. Les étudiants en médecine et en pharmacie, mobilisés à l'arrière, ne sont pas autorisés à « faire deux années dans une » et sont assujettis aux mêmes règlements que les étudiants qui se trouvent sur le front. (*J. O.*, 13 mars.)

PRATIQUE MÉDICALE

Encéphalites psychosiques aiguës azotémiques et vitamine C

Le traitement de cette affection consiste surtout dans les grands bains prolongés, les injections de sérum, les tonicardiaques et les extraits hépatiques.

Mais l'Ecole marseillaise (Merland et Ollivier), constatant les propriétés thérapeutiques très nettes que présentait la vitamine C dans la confusion mentale (thèse Ollivier), a utilisé systématiquement la vitamine C sous forme de laroscorbine dans les encéphalites psychosiques aiguës azotémiques et les résultats ont été excellents (thèse Jolin).

Il semble bien que cette vitamine agit et exerce son action à un triple point de vue : du point de vue général, elle abaisse le taux d'urée, donc elle fait baisser la température, elle stimule l'appétit et remonte l'état général ; du point de vue local, elle présente une action manifeste sur le tube digestif. On constate la disparition de la saburralité, des fuliginosités et de la mauvaise haleine ; enfin, du point de vue mental, on note une régression marquée des phénomènes confusionnels et une diminution importante de l'agitation motrice et de l'excitation cérébrale.

A côté de tous ces avantages, la vitamine C est un médicament très maniable et facile à employer.

La laroscorbine représente la vitamine C synthétique cristalisée. Elle se présente sous trois formes : comprimés, dosés à 0,05 gr., ampoules de dosage normal de 2 cm^3, dosées à 0,10 gr. et ampoules de dosage fort de 5 cm^3, dosées à 0,50 gr.

Dans le traitement des encéphalites psychosiques aiguës azotémiques, on a utilisé des ampoules de 2 cm^3 dosées à 0,10 gr., ce qui correspond à 2.000 U. I., et on a fait en moyenne une ampoule par jour par voie intramusculaire ou endoveineuse.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris


PAS D'ACIDE
LIBRE

N°s 39-40. — 15-18 MAI 1940. 113e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Faculté de Médecine de Paris. — *Travaux supplémentaires d'histologie.* — Une série de travaux pratiques supplémentaires pour la 1re année et pour la 2e année aura lieu, chaque jour, à partir du lundi 20 mai, à 14 heures. Y seront seuls admis :

1° Les étudiants ayant leurs travaux pratiques validés, qui désirent faire une revision de ces travaux pratiques.

2° Les étudiants n'ayant pas leurs travaux validés par suite d'absences justifiées ou de maladie.

3° Certains étudiants n'ayant pas pu suivre jusqu'à présent les travaux pratiques : Mlle Dufour, MM. Midol, Sebaoun, Thibault, Harel (pour eux l'inscription est gratuite).

Les inscriptions sont reçues au secrétariat. Le droit à verser est de 150 francs.

Faculté de Médecine de Bordeaux. — M. le professeur Portmann fera, comme en temps de paix, du 15 juillet au 27 juillet, son cours annuel de perfectionnement d'oto-rhino-laryngologie.

Le cours aura lieu à l'hôpital du Tondu. S'inscrire au secrétariat de la Faculté de Médecine de Bordeaux. Droit d'inscription : 300 francs.

Faculté de Médecine de Lille. — M. le Dr Thilliez a été nommé doyen honoraire.

Guerre (*réserve*). — Sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de Santé les officiers de réserve titulaires du diplôme de docteur en médecine ci-après désignés :

Au grade de médecin lieutenant : les pharmaciens lieutenants Martinet et Perroy.

Au grade de médecin sous-lieutenant : le lieutenant d'administration Ruty.

Sont promus *au grade de médecin lieutenant* : MM. les médecins sous-lieutenants Francke, Bourby, Jegourel, Pertus, Breviere, Caulier, Kieffert, Leroy.

Sont nommés *officiers honoraires* : MM. les médecins lieutenants-colonels Chevrier, David Olmer, Michel, Viannay.

MM. les médecins commandants Chaufour, Deverre, Renault, Dehergne, Martin-Sisteron, Imbert, Bonnabel, Humbert, Coze.

MM. les médecins capitaines Brissaud, Cohen-Scali. Deséglise, Destrem, Maréchal, Nodenot, Serbource, Chauvet, Ménagé, Terron, Bénet, Ficat, Humbert, Ahreiner, Martin, Fridérici.

MM. les médecins lieutenants Fidelin, Fradkine, de Bardon, Ricq, Phéline, Bagneris, Labro.

Troupes coloniales (*réserve*). — Sont promus :

Au grade de médecin colonel : MM. Sarrailhe, Ouzilleau.

Au grade de médecin lieutenant-colonel : MM. Sarramon, Laigret.

Au grade de médecin commandant : MM. Renaud, Mollandin de Boissy, de Nas de Tourris, Baumelou, Freyche.

Au grade de médecin capitaine : MM. Suignard, Lanchier, Peltier, Monnerot-Dumaine, Grassart, Nisus, Vare, Berthon, Truong-Dinh-Tri, Viala, Train.

Au grade de médecin lieutenant : M. Feyel.

Au grade de médecin sous-lieutenant : MM. Andriamampianina, Rabesahala, dit Robert.

UMFIA. — Le Conseil d'administration de l'*UMFIA* (Union médicale latine) s'est réuni le 22 avril dans la bibliothèque du *Monde Médical*, sous la présidence de M. Bandelac de Pariente, qui a prononcé l'éloge de Dartigues et demandé quelques instants de silence.

M. Molinéry, secrétaire général, donne ensuite lecture des lettres de condoléances reçues à l'occasion de la mort de Dartigues.

Les professeurs Sergent et Cunéo demandent la nomination d'une commission de liaison entre l'UMFIA et l'ADRM.

M. Dalby met à la disposition de l'UMFIA les services des agents des laboratoires Astier dans les pays latins.

Enfin, M. Molinéry annonce que de nombreux envois d'ouvrages médicaux ont été faits aux bibliothèques de Madrid, Barcelone et Valence et il remercie les amis latins de l'UMFIA qui ont généreusement répondu à son appel en faveur de la Croix-Rouge française.

CHRONIQUE

UNE CONFÉRENCE DU MÉDECIN-GÉNÉRAL INSPECTEUR BLANCHARD A L'INSTITUT COLONIAL FRANÇAIS

A l'occasion du 11e salon de la France d'outre-mer et de la semaine coloniale française, M. le médecin général inspecteur Blanchard, directeur du Service de Santé au ministère des Colonies vient de faire sous la présidence de M. Justin Godart, sénateur, ancien ministre, membre de l'Académie de Médecine, une très remarquable conférence sur la *prophylaxie des endémo-épidémies coloniales dans ses rapports avec la guerre*.

Aux côtés de M. Justin Godart et du conférencier avaient pris place M. l'amiral Lacaze, ancien ministre, membre de l'Académie française, et M. Alcide Delmont, ancien ministre.

Dans l'Assemblée très nombreuse, MM. les médecins généraux inspecteurs Sieur, ancien président de l'Académie de Médecine, et Emily, président de l'Académie des Sciences coloniales; le médecin général Mathis, M. Ernest Fourneau, membre de l'Académie de Médecine; M. Nattan-Larrier, professeur au Collège de France; M. B. Weill-Hallé, etc.

L'amiral Lacaze souhaite la bienvenue au conférencier ; il dit son admiration pour le dévouement et la science des médecins de la marine et des médecins coloniaux qu'il vit si souvent à l'œuvre.

M. le médecin général inspecteur Blanchard prend alors la parole. Dans un tableau saisissant, le conférencier retrace l'effort du Service de Santé colonial et met en lumière les heureuses dispositions qui ont permis au ministre des Colonies de mettre en œuvre, au moment voulu, toutes les forces de notre empire.

En voici un exemple : dès 1938, l'augmentation des crédits avait permis de réaliser tous les approvisionnements et les installations sanitaires rendus nécessaires par la situation extérieure. Au début de 1939, il faut songer à défendre Djibouti ; des effectifs importants y sont groupés ; le Service de Santé est surmené, certains succombent à la tâche, mais l'état sanitaire reste excellent, les rapatriements n'atteignent que 1 à 2 %. Les enseignements de la campagne d'Ethiopie dans laquelle Castellani fit des merveilles, sont largement utilisés.

L'alimentation, où est bien réglé l'équilibre des vitamines, éloigne le béribéri.

A cette démonstration de la préparation d'une expédition, M. Blanchard ajoute maintenant les directives d'hygiène et de prophylaxie qui ont été suivies depuis huit mois. Les mesures de prophylaxie concernant la peste, le choléra, la fièvre jaune sont trop connues pour y insister. Notons seulement la vaccination antiamarill pratiquée par M. Peltier par scarification comme pour la variole. Cette voie déjà préconisée par Weill-Hallé pour le BCG offre des avantages évidents de rapidité en temps de guerre. Parmi les maladies endémo-épidémiques, les pneumococcies, la méningite cérébro-spinale qui ont fait tant de victimes il y a vingt ans parmi les noirs sont maintenant combattues par les sulfamides. Dix millions de comprimés de dagénan ont été expédiés par avion en A. O. F. La prophylaxie est même pratiquée pour les porteurs de germes à raison de 3 grammes par jour pendant trois jours. L'orateur nous parle encore de la dysenterie bacillaire, de la tuberculose, des maladies vénériennes, du parasitisme intestinal. A propos de la trypanosomiase, il signale l'heureuse collaboration franco-britannique et il renouvelle, comme il l'avait déjà fait au début de sa conférence, l'expression de son admiration pour les jeunes camarades de l'armée coloniale qui, sans bruit, mais avec quel dévouement, préparent les effectifs de l'Empire avant leur départ pour la mère patrie.

Une longue salve d'applaudissements salua le conférencier ; elle se renouvela lorsque M. Alcide Delmont, puis M. le président Justin Godard se levèrent tour à tour pour le féliciter et dire leur admiration, leur reconnaissance pour le Corps de santé colonial qui, sans cesse, sur la brèche, a été et reste le magnifique ouvrier de l'empire. F. L. S.

Deux autres conférences suivent celle de M. Blanchard. Le 14 mai, le médecin colonel Lefèvre a parlé de la *maladie du sommeil dans les colonies françaises*. Le 21 mai, à 17 heures, à l'Institut colonial, 98 *bis*, boulevard Haussmann, le médecin colonel Bablet parlera de *la fièvre jaune dans les colonies françaises*.

Nécrologie

— Le Dr H. Lemaire, chirurgien des hôpitaux de Toulon.

— Le Dr Georges Clément, médecin expert au Tribunal civil de la Seine, décédé à Trouville.

SUR UN CAS DE SEPTICÉMIE A STREPTOBACILLUS MONILIFORMIS

Par M. le Professeur A. Lemierre
Membre de l'Académie de Médecine
Mlle Bonnenfant et Mme Ternois

L'observation qu'on va lire est celle d'une septicémie à *streptobacillus moniliformis*. Il s'agit là d'une maladie rare : trois autres cas seulement avant celui que nous rapportons aujourd'hui en ont été publiés en France et ceux qui figurent dans la littérature étrangère sont encore relativement peu nombreux.

Comme nous le rappellerons plus loin, ce qui fait l'intérêt de ces septicémies, ce n'est pas seulement l'ensemble très particulier de symptômes, toujours les mêmes, par lesquels elles se traduisent cliniquement, mais ce sont aussi les précisions que nous possédons à l'heure actuelle sur leur étiologie et qui nous permettent de les ranger parmi les infections humaines d'origine murine.

Observation. — S. R..., 23 ans, Algérien, marchand de légumes, entre à l'hôpital Claude-Bernard dans la soirée du *3 décembre 1939*, avec le diagnostic de scarlatine.

La maladie a débuté le 1er décembre par une céphalalgie violente, un malaise général, quelques frissons, un mal de gorge et des vomissements.

A son entrée à Claude-Bernard, le patient donne l'impression d'être atteint d'une infection sévère : il est agité, anxieux; la température est à 40°4; le pouls à 150 ; le nombre des respirations est à 40 par minute.

Contrastant avec ces symptômes généraux graves, l'éruption cutanée est extrêmement discrète, consistant en un érythème uniforme siégeant sur le tronc et les membres, se distinguant très mal sur le fond de pigmentation ethnique des téguments.

La langue est humide et légèrement saburrale. Bien que le sujet se plaigne de souffrir beaucoup de la gorge, l'examen du pharynx ne montre qu'une légère rougeur de la muqueuse, sans aucune tuméfaction locale. On trouve de petits ganglions sous-angulo-maxillaires légèrement tuméfiés et non douloureux.

L'examen des différents appareils reste négatif. La tension artérielle au Vaquez est de 9-5. L'urine assez foncée contient des traces d'albumine et de l'urobiline.

Le 4 décembre, température : matin 37°6, soir 37°4. Pouls 90. L'amélioration de l'état général est considérable. L'exanthème n'est plus visible. Le malade, encore un peu abattu, se plaint seulement de souffrir de la gorge. Mais de ce côté-là aussi, il y a amélioration et le pharynx est à peu près normal.

Le dosage de l'urée du sang prélevé la veille a donné 0 gr. 65.

Du 5 au 17 décembre, succédant à la défervescence brusque survenue pendant la nuit du 3 au 4, se dessine une véritable onde fébrile. La température s'élève à 38°5, puis monte assez rapidement pour atteindre 39°6 dans la soirée du 8. Elle se maintient autour de 39° jusqu'au 13 ; puis descend en lysis rapide pour tomber à 37°2 le 17 décembre.

Pendant toute cette période, le malade est abattu. Il ne cesse de se plaindre de la gorge. Cependant, un examen spécial du pharynx et du larynx ne montre aucune modification objective de la muqueuse.

Un deuxième phénomène important et dont le malade se plaint beaucoup, ce sont des *arthralgies* qui apparaissent dès le *5 décembre*. Elles atteignent les coudes et les poignets qui sont douloureux au repos et pendant les mouvements, sans qu'apparaisse aucune tuméfaction des jointures. Ces arthralgies résistent à l'administration par la bouche et aux injections intraveineuses de salicylate de soude.

En dehors du mal de gorge et des arthralgies, rien de particulier à noter du côté des autres appareils. Le pouls se maintient entre 90 et 100. Une radiographie des poumons ne montre rien d'anormal. L'urine contient encore des traces d'albumine et de l'urobiline.

Un examen hématologique pratiqué le 9 décembre donne les résultats suivants :

Glob. rouges....	3.725.000	Glob. blancs	9.200
Poly. neutro ...	56 %	Moyens mono.......	29 %
Poly. éo.......	1 %	Monocytes	11 %
Poly. baso......	1 %	Lymphocytes	2 %

Un dosage de l'urée du sang pratiqué le 8 décembre a donné 0 gr. 45.

La nature de l'infection dont est atteint le patient est révélée par le résultat d'une hémoculture pratiquée le *8 décembre* et qui donne au bout de quarante-huit heures en milieux aérobie et anaérobie un microbe qui est rapidement identifié à un *streptobacillus moniliformis.*

Trois autres hémocultures pratiquées le 10, le 12 et le 13, cette dernière à l'occasion d'un frisson, donnent le même microbe.

A partir du 10 décembre, le malade est soumis à un traitement par le 1162 F par voie buccale à la dose de 4 gr. pendant deux jours, 3 gr. pendant deux jours et 2 gr. pendant deux jours. C'est au cours de ce traitement que se produit la défervescence en lysis.

Du 18 au 21 décembre, la température reste à 37°. Le malade est éveillé. Les arthralgies se sont beaucoup atténuées. Seule persiste, sans changement, la douleur pharyngée, toujours sans signes objectifs.

Le 22 décembre, ascension de la température à 38°5. Une hémoculture aérobie et anaérobie donne un *streptobacillus moniliformis.*

Les 23, 24 et 25 décembre, la température oscille entre 37°3 et 37°8.

Le 26 et le 27 décembre, ascension vespérale de la température à 38°8 et 39°. Une hémoculture pratiquée le 26 décembre donne un *streptobacillus moniliformis.*

Les 28, 29, 30 et 31 décembre, la température oscille autour de 37° 5. Un dosage de l'urée du sang, fait le 29, donne 0 gr. 30.

Le 1er et le 2 janvier, la température vespérale monte à 38°4 et 38°6. Une hémoculture faite le 2 janvier donne *un streptobacillus moniliformis.*

Le 3 et le 4 janvier 1940, la température descend en lysis à partir de 37°8 pour tomber à 37° le 5 janvier. Une hémoculture pratiquée le 4 janvier donne un *streptobacillus moniliformis.*

Pendant la période qui s'est étendue du 22 décembre 1939 au 5 janvier 1940, et qui a été marquée par trois poussées fébriles, le malade a été tantôt éveillé, tantôt abattu. Il n'a cessé de se plaindre de sa gorge et assez souvent de ses arthralgies dont l'intensité a varié suivant les jours. L'appétit a été assez bon.

A partir du 5 janvier 1940, la température se fixe à 37° L'état général s'améliore. Les arthralgies disparaissent complètement aux environs du *10 janvier* et le malade commence à se lever à ce moment. La douleur pharyngée, toujours sans signes objectifs, est plus longue à s'atténuer et ne disparaît que vers le *15 janvier.*

Cependant, trois hémocultures pratiquées le *10, le 17 et le 27 janvier* donnent encore un *streptobacillus moniliformis.*

Enfin, deux hémocultures pratiquées le *3 février* et le *8 février* demeurent stériles.

Pendant cette dernière période de la maladie, le patient a fait deux cures de 1162 F. La première à partir du 17 janvier, 3 gr. pendant deux jours, 2 gr. pendant six jours, 1 gr. pendant deux jours.

La deuxième à partir du 1er février, à 2 gr. pendant vingt-quatre heures, et 1 gr. 50 pendant six jours.

Le malade sort de l'hôpital le *11 février 1940* en excellent état.

La maladie infectieuse dont a été atteint le sujet dont nous venons de rapporter l'observation a été caractérisée :

1° Par la brusquerie de son début marqué par des frissons, des vomissements, un mal de gorge et un exanthème diffus très fugitif, le tout ayant tout d'abord fait penser à une scarlatine.

2° Par sa longue durée, plus d'un mois, et par l'aspect particulier de la courbe thermique : après une poussée initiale à 40° pendant trois jours, chute brusque, température immédiatement suivie d'une onde fébrile de douze jours : puis, par la suite, trois crochets fébriles d'une durée de quarante-huit heures environ séparés les uns des autres par des périodes d'apyrexie plus ou moins longues et plus ou moins complètes.

3° Par l'apparition dès le début et par la persistance pendant une dizaine de jours après la disparition définitive de la fièvre, d'une douleur pharyngée intense, constante et gênant la déglutition, mais ne répondant pourtant à aucun signe objectif.

4° Par des arthralgies très douloureuses et tenaces localisées aux coudes et aux poignets, apparues six jours après le début de la fièvre, s'atténuant pendant les phases d'apyrexie, pour s'exacerber pendant les périodes fébriles.

Ce début brutal, ces poussées fébriles successives, cette douleur pharyngée, ces arthralgies, tout cela fait partie du tableau clinique actuellement bien connu des septicémies à *streptobacillus moniliformis.* Et ce tableau eut été complet s'il s'y était adjoint une éruption maculo-papuleuse ou vésiculo-pustuleuse, symptôme noté dans la plupart des observations, mais qui a fait défaut dans quelques-unes.

Onze hémocultures pratiquées chez notre malade dans un laps de temps d'environ six semaines nous ont donné en culture pure un *streptobacillus moniliformis typique.* Huit de ces hémocultures, faites pendant les épisodes fébriles, ont été positives en milieux aérobies et anaérobies.

Une seule fois, au cours de l'onde fébrile de douze jours, nous avons constaté dans la colonne de gélose ensemencée avec 2 à 3 cm³ de sang de très nombreuses colonies du germe. Les autres fois, le nombre des colonies a varé de 3 à 8.

Point sur lequel nous ne saurions trop insister, les trois dernières hémocultures avec résultat positif ont été pratiquées la première cinq jours, la deuxième douze jours et la troisième vingt-trois jours après la cessation de la dernière poussée fébrile. A ce moment, le malade était apyrétique, et, notamment, au moment des deux derniers prélèvements de sang, il présentait tous les attributs d'une complète guérison, si bien qu'on est en droit de parler ici d'infection inapparente.

La seule particularité à noter est que ces trois dernières hémocultures n'ont été positives qu'en milieu aérobie et que le développement des microbes y a été plus lent que pour les prélèvements effectués pendant les périodes fébriles : trois à cinq jours au lieu de quarante-huit heures.

L'hémoculture s'est montrée pour la première fois négative le 27e jour de l'apyrexie définitive, et un nouvel ensemencement de sang pratiqué huit jours plus tard a donné la même réponse.

Le *streptobacillus moniliformis,* isolé chez notre malade, a été absolument typique : germ egram négatif, ne se développant bien que dans les milieux additionnés de liquide d'ascite, de sérum ou de sang ; très polymorphe, donnant dans les cultures de longues chaînettes enchevêtrées, constituées par des articles dissemblables dans leur morphologie et leur affinité pour les colorants. Ce germe s'est d'autre part montré extrêmement virulent pour la souris qu'il a tuée à la dose de 1/20.000 de centimètre cube de culture, en injection intrapéritonéale.

Notre malade était un Algérien assez misérable qui travaillait aux Halles. Nous avons quelque raison de supposer que c'est dans ce milieu où les rats pullulent qu'il a dû se contaminer.

***

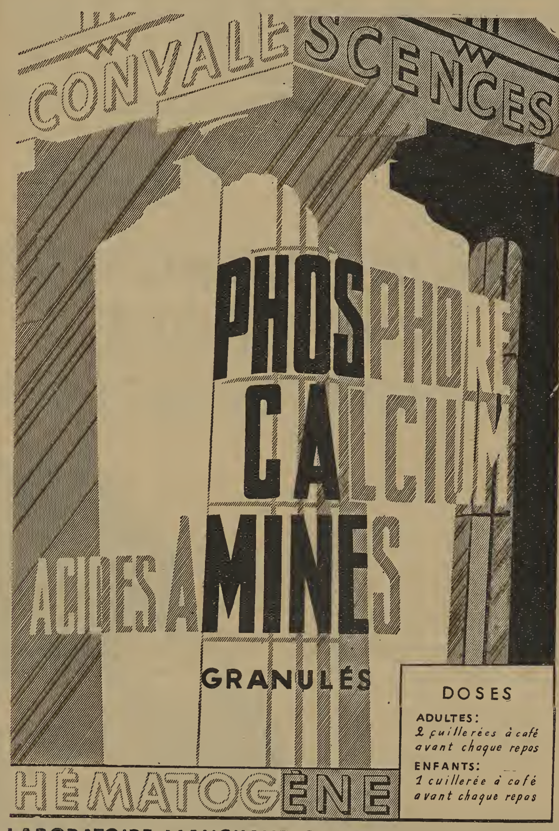
Nous ne saurions reprendre, à propos de cette observation, l'histoire détaillée des septicémies à *streptobacillus moniliformis.* Nous n'en rappellerons que les traits essentiels, renvoyant ceux qui désirent se documenter plus complètement sur ce sujet à l'excellente thèse de Marcel Morin et à un article publié ultérieurement par le même auteur (1).

Au point de vue étiologique, les *septicémies* à *streptobacillus moniliformis* se divisent en deux catégories. Tantôt, et il en a été ainsi chez notre malade, il s'agit d'infections dont le point de départ reste inconnu. Tantôt ces infections sont la conséquence d'une morsure de rat.

Le premier cas de septicémie à point de départ inconnu a été publié en France en 1926, par Levaditi, Nicolau et Poincloux. Il a été caractérisé cliniquement par son début brutal, par l'évolution de la fièvre en trois poussées successives en douze jours, par l'existence d'un érythème papulo-maculeux, d'arthralgies et d'une pharyngite douloureuse. Levaditi, Nicolau et Poincloux donnèrent une description complète du microbe inconnu jusque là, qu'ils isolèrent du sang et des éléments cutanés de leur patient et lui donnèrent le nom aujourd'hui généralement adopté de *streptobacillus moniliformis.*

Trois ans plus tard, le professeur P. Teissier, E. Rivalier, J. Reilly et Garnier rapportèrent un cas analogue et montrèrent que les septicémies à *streptobacillus moniliformis* constituent une maladie très particulière et bien distincte de l'érythème polymorphe avec lequel on pourrait les confondre à première vue.

(1) Marcel Morin. Les septicémies à *streptobacillus moniliformis.* Thèse de Paris 1938. *Id.* Les septicémies à *streptobacillus moniliformis. Annales de Médecine,* 1938, t. XLIV, p. 219.


CONVALESCENCES
PHOSPHORE
CALCIUM
ACIDES AMINES
GRANULÉS
DOSES
ADULTES :
2 cuillerées à café
avant chaque repas
ENFANTS :
1 cuillerée à café
avant chaque repas
HÉMATOGÈNE

D'autre part, en 1926, aux Etats-Unis, Place, Sutton et Wilner rapportèrent l'histoire d'une curieuse épidémie de 86 cas ayant sévi à Haverhill (Massachusset) et dans laquelle les malades avaient présenté l'ensemble des symptômes que nous avons déjà énumérés. Du sang et de la sérosité des arthrites, chez plusieurs des personnes atteintes, Parker et Hudson isolèrent un streptobacille qu'ils appelèrent *Haverhilla multiformis :* ce streptobacille, comme la démonstration en fut bientôt donnée, était absolument identique au *streptobacillus moniliformis* des auteurs français. Enfin, en 1932, Hazard et Goodkind firent connaître un nouvel exemple de septicémie streptobacillaire à point de départ inconnu.

Les recherches expérimentales de Levaditi et de ses collaborateurs Selbie, R. Schœn et Delorme conduisirent ces auteurs à soupçonner l'origine murine de ces septicémies humaines à point de départ inconnu. Ces auteurs établirent non seulement que l'inoculation à la souris du *streptobacillus moniliformis* détermine chez cet animal une septicémie avec arthrites et que cette infection provoquée peut se transmettre par contagion de la souris malade à la souris saine, mais qu'il existe en dehors de toute inoculation, expérimentale chez ces rongeurs des septicémides à *streptobacillus moniliformis* apparaissent spontanément. D'autre part, Mackie, Van Royen et Gilroy ont vu sévir des septicémies de cette sorte sous forme d'épizooties parmi les élevages de souris de laboratoire.

Pour ces motifs et aussi parce que, par une coïncidence étrange, le sujet qui avait fait l'objet de l'observation princeps de Levaditi, Nicolau et Poincloux, manipulait justement des souris au laboratoire, Levaditi et ses collabrateurs attribuèrent aux muridés et particulièrement à la souris un rôle effectif dans la transmission à l'homme des septicémies à *streptobacillus moniliformis.*

Il y a bien des probabilités, quand il s'agit de septicémies à point de départ inconnu et comme le pense Levaditi, pour que la contamination de l'homme puisse s'effectuer par l'intermédiaire des urines et des déjections bacilifères de la souris malade et que cette contamination s'opère soit par voie cutanée, soit par voie digestive. Mais le réservoir de virus dans la nature n'est pas la souris, c'est le rat. C'est la connaissance des septicémies humaines à *streptobacillus moniliformis* consécutives aux morsures de rats qui a définitivement mis en lumière ce fait d'une importance capitale.

L'attention a été attirée en France en 1937 sur cette nouvelle espèce de « *fièvre par morsure de rat* », tout à fait distincte du sodoku, par l'un de nous avec J. Reilly, A. Laporte et Marcel Morin, à propos d'un cas de cet ordre, suivi à l'hôpital Claude-Bernard. Mais déjà Schottmuller en 1914, Blake en 1916, Litterer en 1917, Dick et Tunnicliff, puis Tunnicliff et Mayer en 1918. Ebert et Hesse en 1925 avaient rapporté des exemples de *fièvres par morsure de rat* dont l'agent pathogène obtenu par hémoculture avait été nommé « *streptothrix muris ratti* » (Schottmüller), mais qui, selon toute vraisemblance, n'était autre chose que le *streptobacillus moniliformis.* En tous cas, dans des observations ultérieures dues à K. Dodd (1926), à Scharles et Seastone (1934) et tout récemment, en 1939, à E. Farrel, J. H. Lordi et J. Vogel (1), c'est bien le *streptobacillus moniliformis* qui a été isolé du sang des sujets atteints de « fièvre par morsure de rat ».

Au point de vue clinique, le facteur étiologique initial mis à part, les septicémies de cet ordre ne diffèrent en rien de celles à point de départ inconnu. Après incubation de trois à cinq jours, ou un peu plus après la morsure et sans qu'il y ait nécessairement de réaction inflammatoire au point mordu, on retrouve le même début brutal, la même évolution fébrile, souvent par poussées successives, les mêmes arthralgies, la même douleur pharyngée, le même exanthème cutané, ce dernier pouvant faire défaut. C'est pourquoi, en souvenir de l'épidémie d'Haverhill, les auteurs américains englobent volontiers l'ensemble des septicémies à *streptobacillus moniliformis* à point de départ connu ou inconnu sous le nom d'*Haverhill fever.*

La connaissance des infections streptobacillaires consécutives aux morsures de rat a eu des enséquences d'une importance considérable. Elle a inspiré à Miss Strangerways une série d'expériences ingénieuses, dans lesquelles elle a démontré que le *streptobacillus moniliformis* est un saprophyte à peu près constant de la cavité bucco-pharyngée et des fosses nasales des rats, qu'il s'agisse de rats sauvages ou de rats blancs de laboratoire.

Ces expériences reprises au laboratoire de l'hôpital Claude-Bernard par Marcel Morin ont abouti aux mêmes constatations.

Le réservoir de virus dans la nature est donc bien le rat, pour lequel le *streptobacillus moniliformis* n'est qu'un simple commensal, en principe non pathogène, susceptible peut-être de provoquer occasionnellement des broncho-pneumonies (R. Tunnicliff). Au contraire, ce germe est hautement virulent pour l'homme et hautement virulent pour la souris qui, comme Marcel Morin l'a expérimentalement démontré, peut être infectée par la morsure du rat.

Dans les deux seules observations de Blake et de Tunnicliff et Mayer, concernant des fièvres par morsure de rat, la septicémie à *streptobacillus moniliformis* s'est terminée par la mort. La guérison est donc de règle, qu'il s'agisse d'infections à point de départ connu ou inconnu. Mais s'il existe des cas où cette guérison est définitive au bout d'une quinzaine de jours, il n'est pas rare de voir les accidents se prolonger pendant plusieurs semaines. Les arthralgies notamment sont parfois d'une ténacité désespérante ; elles persistent pendant la convalescence et il existe même des exemples où elles ont passé à la chronicité.

Rappelons enfin que, chez le sujet dont nous avons rapporté l'observation dans cet article, les hémocultures sont demeurées positives pendant plus de trois semaines après le retour définitif de la température à la normale. Tout permet de supposer que, dans l'intervalle des poussées fébriles qui ont prolongé la maladie, le *streptobacillus moniliformis* n'a cessé d'être présent

(1) Ellirton Farrell, George H. Lordi et Joseph Vogel. Haverhill fever. Report of a case with Reviews of the litterature. *Archives of internal Medicine*, juillet 1939, vol. 64, p. 1-14.

dans la circulation. La même remarque s'applique à une femme, dont Place et Sutton ont rapporté l'histoire et qui, après une guérison apparente de douze jours, a été prise à nouveau de fièvre et d'arthralgies. Si, en se plaçant au point de vue clinique on peut, dans ce cas, avec les auteurs américains, parler de rechute, il est bien probable qu'entre la première poussée d'accidents morbides et la rechute, la bactériémie n'avait cessé d'exister.

Nous serons brefs sur **le traitement** des septicémies à *streptobacillus moniliformis*. Les injections intraveineuses de novarsénobenzol, si actives, contre le sodoku, sont ici complètement inopérantes. Les arthralgies résistent aux injections intraveineuses de salicylate de soude. Dans le cas rapporté ici, nous avons tenté, sans résultat bien appréciable, l'emploi du 1162 F. Nous rappellerons seulement que chez le malade soigné en 1937 à Claude-Bernard pour une fièvre par morsure de rat, les accidents infectieux graves, qui duraient depuis un mois et demi, ont cédé rapidement à la suite d'un choc violent provoqué par une injection intraveineuse d'argent colloïdal.

Nous n'avons pu donner dans ce travail, à propos d'une observation nouvelle qu'un court aperçu de nos connaissances actuelles sur les septicémies à *streptobacillus moniliformis*. A l'heure où nos soldats sont particulièrement exposés aux infections d'origine murine, le peu que nous avons dit de ces septicémies streptobacillaires suffira sans doute à rappeler aux médecins des armées qu'ils auront peut-être l'occasion d'en rencontrer, d'en faire le diagnostic sur leur symptomatologie si spéciale et de faire appel au laboratoire pour apporter la preuve de leur existence.

MÉDECINE PRATIQUE

CONTAGION DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

Par L. Babonneix

Membre de l'Académie de Médecine

Il est classique d'affirmer que le rhumatisme articulaire aigu n'est pas contagieux. Et pourtant, à cette règle, on peut compter quelques exceptions, sur lesquelles, un des premiers, a insisté M. H. Grenet, dès 1916-1917. Cet auteur, qui a rapporté ses observations personnelles dans la thèse de Cayet, n'a-t-il pas publié des cas où le rhumatisme accompagnait, pour ainsi dire, un bataillon, frappant exclusivement les militaires qui en faisaient partie, comme s'ils étaient contagionnés par quelque porteur de germe méconnu. A l'étranger, Glover (1930), Glover et Smith (1939) ont cité le cas d'un collège dont les internes furent touchés par un rhumatisme articulaire aigu à forme épidémique. En France, il faut surtout mentionner les publications de M. F. Bezançon, Lesné, de Gennes et Wehl qui, en 1932, observent trois cas simultanés de maladie de Bouillaud dans une même famille ; de Grisons et d'Orliac, de Boussinesq, de Lauret (1934) qui communique aux *Assises de médecine générale française* des faits analogues ; de Grenet, qui, aux mêmes *Assises*, rapporte le cas d'une famille où trois sujets furent touchés successivement. M. Y. Boquien (de Nantes), auquel nous empruntons les détails précédents, en a fait connaître dernièrement un cas encore plus démonstratif.

Il s'agit d'une famille médicale, H.., où l'observation a pu, par conséquent, être facile autant que rigoureuse, et qui comporte huit personnes vivant en communauté : le père et la mère ; un des enfants, Robert, et sa femme, âgés respectivement de 24 et de 22 ans ; deux autres enfants mâles, Raymond et Henri, âgés, celui-là de 23, et celui-ci de 30 ans ; un petit-fils de 2 ans et une jeune domestique de 18 ans.

Le premier touché, Robert, fut atteint, le 8 janvier 1938, de douleurs articulaires avec fièvre légère. En une semaine, tout rentre dans l'ordre.

Le second, Raymond, fut pris trois jours après son frère. La maladie débute, chez lui, par une angine pultacée, sans bacilles de Löffler, et par quelques arthralgies. Au bout de dix jours, se croyant guéri, il sort. Neuf jours après, rhumatisme articulaire aigu généralisé, bientôt suivi de l'apparition d'un érythème maculeux type Besnier, avec sueurs abondantes, fièvre à 38°5, assourdissement du premier bruit, puis, souffle systolique de la pointe. On n'avait pas osé lui donner du salicylate de soude parce qu'il avait une albuminurie orthostatique ancienne. Dès le début de la rechute, on recourt à ce médicament. En quarante-huit heures, guérison, sans réapparition de l'albuminurie.

Chez le troisième, Henri, atteint neuf jours après Raymond, le début, brusque, se caractérise par une angine rouge avec dysphagie et quelques arthralgies légères, température oscillant entre 38° et 39° pendant cinq jours. Au bout d'une semaine, malgré la persistance de quelques arthralgies, il veut sortir. Le lendemain, élévation de la température à 38°4 ; le surlendemain, érythème de Besnier généralisé, détérioration rapide de l'état général, délire, pâleur, frottement péricardique, tachycardie, minima basse. Ultérieurement, malgré un traitement salicylé intensif, congestion pleuro-pulmonaire, reprise des arthralgies et de l'érythème. Ultérieurement, rechute, due sans doute à une imprudence, le malade s'étant levé trop tôt. Guérison incomplète, les arthralgies n'ayant pas encore complètement disparu.

Le quatrième atteint fut le Dr H..., chez qui la maladie se borna à une angine avec fièvre à 39°.

Le lendemain, Mme H... est prise à son tour ; l'angine, chez elle, se complique d'arthralgies des épaules et évolue rapidement vers la guérison sans complications.

Deux jours après, la domestique, ancienne rhumatisante, se plaint d'angine et de courbature ; bien que la poussée initiale soit légère, bien que le traitement salicylé ait été institué d'emblée, au bout de trois semaines, se développe une maladie de Bouillaud typique, avec localisations articulaires aux coudes, aux genoux et aux hanches. En même temps, apparaît un érythème de Besnier typique, intéressant le membre supérieur droit, le plus intéressé par les tuméfactions articulaires. Aucune localisation cardiaque, fièvre modérée, état général excellent. Amélioration nette, quoique lente, sous l'influence du salicylate de soude à hautes doses, mais rechute sévère au bout de trois mois, avec polyarthrite et fièvre élevée.

Mme H... (Robert) est prise, quatre jours après la domestique, d'angine avec douleurs articulaires et fièvre ; disparition totale en trois jours ; pas de récidives.

A noter qu'aucun des membres de la famille H... n'avait jamais été atteint de rhumatisme articulaire aigu. Il est vraisemblable que l'origine de cette petite épidémie doit

(1) Yves Boquien. Epidémie familiale de rhumatisme articulaire aigu, *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, n° 15, 15 mai 1939, p. 754-760.

être cherchée chez la jeune domestique qui avait souffert, pendant son enfance, de maladie de Bouillaud, et qui, sous l'influence de conditions extérieures favorables, transmet l'infection aux membres de la famille chez qui elle était en place.

Plusieurs réflexions paraissent s'imposer à M. Boquien :

1° Sur les sept malades, trois présentèrent un érythème de Besnier typique, et le plus sévèrement atteint furent ceux chez qui cet érythème affecta le type annulaire ;

2° Toutes les formes de transition ont été observées, de l'angine simple (Dr H...) au rhumatisme articulaire aigu grave (Henri H...), en passant par les arthralgies simples (Robert H... et sa femme) et la maladie de Bouillaud bénigne (Raymond) ;

3° Le salicylate de soude n'a pas paru, dans ces cas, empêcher les rechutes, puisque Henri H... en a absorbé plus de 1 kilo. Peut-être (Thomas et France), serait-il préférable de lui substituer les sulfamides qui, dépourvus de tout effet curatif, paraissent doués de précieuses propriétés préventives.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 22 AVRIL 1940

Dysphylaxie hépatique et ictère grave colibacillaire. — M. H. Vincent. — « L'expérimentation chez l'animal démontre, ainsi que je l'ai signalé à l'Académie des Sciences, une insuffisance défensive très notable du foie à l'égard du colibacille. L'inoculation directe faite dans le parenchyme par piqûres multiples, détermine la mort très rapide, parfois presque foudroyante du lapin, avec des signes de torpeur, des contractions toniques, des cris, du subictère. L'injection de quelques gouttes de culture du B. Coli dans le bout central du cholédoque, amène les mêmes effets. A l'autopsie, foie de coloration jaune, atrophié et mou. Le bacille s'est multiplié avec une abondance extraordinaire.

« Enfin, l'examen microscopique décèle la désorganisation profonde ou totale du tissu hépatique, la destruction des cellules transformées en granulations ou en amas nuageux, amorphes, mal colorés.

« Fait important, la même inoculation faite au lapin vacciné détermine la mort aussi rapide, avec pullulation généralisée du colibacille.

Or, la pathologie humaine offre des exemples identiques d'ictère grave dû à l'infection colibacillaire *soudaine, primitive et massive* du foie. Les symptômes et les lésions sont semblables : atrophie jaune aiguë de l'organe, lyse microscopique des cellules, pullulation extraordinaire du *B. Coli* non seulement dans le foie, mais dans tout l'organisme (H. Vincent, 1893).

« Le phénomène de dysphylaxie hépatique apporte l'interprétation de l'évolution si sévère de cette infection qui mérite une place à part en nosologie médicale.

« Je ferai connaître les raisons qui commandent le déficit défensif du foie en présence de certaines infections ».

ACADÉMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 7 MAI 1940

Notice nécrologique sur M. Michel Weinberg. — M. G. Ramon.

Rapport sur un travail du professeur Roffo sur la production du cancer du poumon. — M. Henri Hartmann. — Après avoir rappelé qu'il y a deux ans, l'Académie a discuté l'influence du goudronnage des routes sur le développement progressif du cancer du poumon, M. Hartmann analyse le mémoire très intéressant du professeur Roffo. Ce savant a extrait de l'air vicié de la ville de Buenos-Aires une huile identique à celle qui se dégage du tuyau d'échappement des autos, huile qui contient des hydrocarbures du type cancérigène. A la suite de cette constatation, il a entrepris avec cette huile des expériences de deux sortes. Il a fait respirer des rats dans une atmosphère où l'on brûle du fuel oil ; il a fait sur des lapines des applications de fuel oil distillé. Dans la première série, il a obtenu des cancers du poumon, dans la deuxième 80 fois sur 100, des tumeurs de l'oreille.

Ce travail soulève une question d'un haut intérêt pour les hygiénistes.

L'action du thiofène sur la blennorragie. — M. L. Bory. — Le thiofène, à lui seul, peut guérir la blennorragie. L'action préalable du thiofène favorise celle du dagénan. L'action du thiofène et celle des grands lavages permanganatés peuvent se contrecarrer.

L'auteur tire de ces faits les conclusions suivantes :

La chimiothérapie soufrée de la blennorragie appelle peut-être la fixation de sulfones ou sulfamides sur le noyau pentagonal du thiofène qui en favoriserait sans doute l'action en augmentant leur tolérance.

L'influence de l'hérédité sur la formule d'Arneth. — MM. R. Turpin, Caratzali et Piton.

Vacances de la Pentecôte. — La séance du 14 mai est supprimée.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 1er MAI 1940

Rapports. — **Une complication tardive d'une contusion grave thoraco-abdominale : embolie de la sylvienne.** — M. Funck-Brentano. — Sur un travail de MM. Giraud et Crosnier. — La pathogénie de l'embolie cérébrale reste obscure. Il ne semble pas s'agir d'une complication de la contusion abdominal, mais plutôt d'une complication de la contusion pulmonaire. L'infarctus pulmonaire est peu probable. On ne peut affirmer l'existence d'une pneumonie traumatique (pas de signes cliniques endothoraciques).

L'éventualité d'une endocardite latente ou d'un spasme vasculaire pourrait être envisagée.

Traitement des pseudarthroses douloureuses du scaphoïde carpien par la méthode de Beck. — M. Capette. — Sur un travail de MM. Massart et Léger. — Les auteurs ont traité, par la méthode du forage osseux, un jeune homme atteint de fracture du scaphoïde, chez qui persistaient, plusieurs mois après l'accident, des douleurs vives avec limitation des mouvements. L'intervention a été suivie d'une immobilisation de courte durée. Résultats excellents. Les auteurs ont traité depuis avec succès 6 autres cas de fracture du scaphoïde.

M. Mouchet demande quel est le résultat anatomique.

M. Boppe a employé récemment la méthode de Beck avec immobilisation prolongée (trois mois).

M. Mathieu conseille également l'immobilisation prolongée.

Communications. — **Sur une perforation rétropéritonéale d'un ulcère duodénal.** — M. Moulonguet. — Il s'agit d'un malade amené à l'hôpital pour un syndrome abdominal aigu, chez qui l'absence de contracture franche, l'absence d'emphysème sous-cutané et de pneumopéritoine, l'existence de fièvre avec hyperleucocytose et

polynucléose ont fait porter le diagnostic de poussée évolutive aiguë d'ulcère duodénal. Les radiographies antérieures affirmaient la localisation. Quelques jours après, sont apparus les signes d'un abcès sous-phrénique gauche ; intervention, formation d'un abcès rétro-péritonéal ; deuxième intervention ; mort quelques jours plus tard.

M. Mondor insiste sur la difficulté du diagnostic des perforations d'ulcères rétro-péritonéaux, et rappelle quelques signes cliniques.

M. P. Duval. — Même le diagnostic posé, la thérapeutique est des plus difficile.

Forme pseudo-kystique de l'épithélioma du corps utérin. — M. Mondor. — Chez une malade porteuse d'une tumeur utérine, l'intervention est pratiquée ; on trouve à l'ouverture de la pièce un kyste à paroi externe lisse, interne irrégulière, avec végétations. L'examen histologique fait la preuve d'un épithélioma glandulaire. On peut se demander s'il s'agit d'un épithélioma avec désintégration kystique secondaire, ou d'une dégénérescence maligne d'un kyste congénital.

M. Chifoliau a vu deux cas de kystes utérins, mais d'origine wolfienne.

PRATIQUE MÉDICALE

La transfusion et les septicémies
Préparation du donneur

Ainsi que l'indiquent MM. Jeanneney et Ringenbach dans leur beau livre sur « La Transfusion sanguine » (Masson, éditeur, Paris, 1940), l'injection, deux heures avant la transfusion d'une ampoule de pantopon, avec ou sans adjonction de spartéine, permet de faire la transfusion sur un receveur à demi-endormi et dont les réactions sont nulles.

Le malade sera laissé dans la demi-obscurité et au repos complet tout le jour de la transfusion. Il est fréquent de voir survenir, dans les heures qui suivent, de petits frissons, de la sudation, une élévation thermique qui correspondent soit à la lyse microbienne provoquée par l'injection d'anticorps, soit au choc colloïdoclasique fréquent chez ces sujets fragiles.

Cette réaction est de courte durée ; en général, le lendemain, la température amorce une descente et, dans quelques cas favorables, la chute thermique se poursuit et se stabilise au voisinage de la normale.

Dans les septicémies graves, il ne faut pas craindre de répéter les transfusions tous les jours ou tous les deux jours. Elles améliorent l'anémie, elles luttent contre la leucopénie possible due à l'administration un peu massive de sulfamides — et surtout elles luttent contre l'infection. Elles amènent toujours un état d'euphorie très sensible qui fait dire au malade même qu'il est guéri.

La quantité totale de sang à transfuser pourra atteindre 8 ou 10 litres de sang. C'est surtout pendant les premiers jours qu'il faudra agir vigoureusement par des transfusions massives.

Dans l'état actuel de nos connaissances, MM. Jeanneney et Ringenbach affirment qu'il n'existe pas de meilleure thérapeutique des septicémies et, jusqu'à plus ample informé, ils croient que l'immuno-transfusion est la seule thérapeutique logique à appliquer aussi précocement qu'on applique le sérum lorsqu'on soupçonne l'existence d'une diphtérie. C'est en suivant cette règle que l'immuno-transfusion permettra de sauver quelques malades qu'on voit trop souvent mourir faute d'une thérapeutique appliquée à temps. Rappelons que le pantopon représente l'opium total injectable. Il se présente sous forme de comprimés dosés à 1 centigrammes et d'ampoules de 1 centimètre cube dosées à 2 centigrammes.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 41-42. — 22-25 MAI 1940. 113e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Faculté de Médecine de Paris. — M. le professeur DANIELOPOLU, de la Faculté de Médecine de Bucarest, fera, sur l'invitation du Conseil de la Faculté, deux leçons :

1° Le vendredi 7 juin 1940, à 17 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine.

Sujet : *Considérations sur le typhus exanthématique de guerre. Sa prophylaxie et son traitement.*

2° Le lundi 10 juin 1940, à 16 heures, au même amphithéâtre.

Sujet : *Réanimation du cœur par l'injection intracardiaque d'atradrénostrophantine.*

Faculté de Médecine de Bordeaux. — Un arrêté ministériel vient d'approuver la délibération du Conseil de l'Université de Bordeaux du 22 décembre 1939 conférant le titre de docteur *honoris causa* de l'Université de Bordeaux à M. Brouha, professeur de clinique gynécologique et obstétricale de l'Université de Liége (Belgique).

Présidence du Conseil. — Un décret concerne l'utilisation des médecins étrangers en temps de guerre. Ceux-ci, titulaires du diplôme français de docteur en médecine ou d'un diplôme étranger de docteur en médecine et possédant des titres spéciaux ou ayant rendu des services exceptionnels à la France, peuvent être autorisés à exercer la médecine en France pendant la durée des hostilités et jusqu'à une date qui sera fixée ultérieurement. (*J. O.*, 17 mai 1940).

Ministère des anciens combattants. — Pendant la durée des hostilités, le Service médical du ministère des anciens combattants et pensionnés, en ce qui concerne les fonctionnaires et agents éloignés de Paris, pourra être assuré par des médecins suppléants dont le nombre est fixé à six au maximum.

Les intéressés seront rémunérés sous la forme d'une allocation forfaitaire annuelle payable trimestriellement et à terme échu.

Le montant de cette allocation sera fixé, pour chaque médecin, par arrêté ministériel, dans la limite des crédits ouverts par la loi de finances et sans pouvoir excéder la somme de 4.800 francs. Il sera tenu compte, pour sa fixation, du nombre d'agents relevant du Service dudit médecin, ainsi que, le cas échéant, de l'éloignement des localités du ressort de celui-ci. (*J. O.*, 15 mai 1940).

Santé Publique. — Sont nommés conseillers techniques : MM. Alexis Carrel, Chevassu, Chiray, Dujarric de la Rivière, Flurin, Lesné et Lévy-Bing.

Ministère de la Guerre — Sont nommés membres du *Comité consultatif sanitaire de la défense passive* MM. le professeur Antonin Gosset, membre de l'Institut ; Vaudremer, professeur à l'Ecole pratique des Hautes-Etudes ; Philippe, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ; Portes, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.

— Dans le *J. O.* du 16 mai 1940 paraît une longue liste de promotions dans le Service de Santé réserve. Nous la publierons dans notre prochain numéro.

La protection des populations civiles. — La section belgo-luxembourgeoise et la section néerlandaise de l'International Law Association se réunissaient il y a quelques semaines à Bruxelles sous la présidence de M. Albert Devèze, ministre d'Etat. Il s'agissait d'adopter un projet créant des zones de sécurité pour la population civile...

Mais, depuis, les brutales attaques allemandes contre la Hollande, la Belgique, puis la France ont montré comment les Huns comprennent les lois de la guerre et avec quel cynisme et quelle cruauté ils massacrent les civils, les femmes, les enfants, sans épargner les hôpitaux.

Ces jours derniers, l'hôpital et la maternité de Châlons-sur-Marne, une ambulance à Verdun, d'autres encore ont été attaqués ou détruits par l'aviation allemande.

Enfin, la première section d'ambulances des volontaires américains vient de perdre un conducteur et deux voitures qui n'ont été protégés ni par la Croix-Rouge, ni par la bannière étoilée...

Sections sanitaires. — Dans les numéros 19-20 du 6-9 mars 1940, nous annoncions la mise en service des premières sections sanitaires dues à des libéralités d'amis ou d'alliés.

Le *Journal Officiel* du 18 avril a publié une nouvelle liste que voici :

1° Mechanized Transport Corps : section auxiliaire de transports sanitaires ;

2° American Field Service : section auxiliaire de transports sanitaires ;

3° Formation chirurgicale mobile franco-anglo-américaine (créée par Mme la comtesse Ladislas du Luart) : ambulance auxiliaire chirurgicale légère de corps d'armée.

Toutes ces formations sont rattachées au dépôt de guerre du train n° 19 pour le matériel et les conducteurs, et à la 22e section d'infirmiers en ce qui concerne le personnel affecté aux soins des blessés ou malades.

Ligue française contre le cancer. — L'Assemblée générale de la Ligue aura lieu le mardi 28 mai 1940, à 17 heures, à la Faculté de Médecine, sous la présidence de M. le Ministre de la Santé Publique. Une conférence sera faite par M. le recteur Roussy.

Réunion médico-chirurgicale de la XIXe région. — Sollicités par M. le Directeur du Service de Santé de la XIXe région, les membres du Service de Santé militaire, les membres du Corps enseignant de la Faculté de Médecine et les médecins des hôpitaux d'Alger se sont réunis le 30 avril 1940, à 11 heures, à l'amphithéâtre de la Clinique médicale de l'hôpital de Mustapha. Cette Assemblée a adopté le principe de réunions périodiques à la fois militaires et civiles destinées à traiter de questions médicales et chirurgicales d'actualité.

Présidée par M. le Directeur du Service de Santé, la réunion médico-chirurgicale de la XIXe région a tenu sa première séance à la clinique médicale de l'hôpital de Mustapha.

Dons à l'Association générale des Médecins de France. — L'Association générale des Médecins de France, désireuse d'exprimer sa reconnaissance à ses bienfaiteurs, se fait un devoir de faire connaître le nom de ceux qui ont la généreuse pensée de verser à ses Caisses de secours des dons importants.

Elle vient ainsi de recevoir deux libéralités de 10.000 fr. chacune de la part de Mlle Gille, sœur du Dr Gille (de Garches) et de MM. Robert Plantier et Boisson de Chazournes (d'Annonay), fils et gendre du Dr Plantier.

Les confrères et les veuves auxquels l'Association vient en aide ne manqueront pas d'apprécier, une fois de plus, la délicatesse du nouveau geste de ces généreux donateurs.

L'emploi de la saccharine. — Un décret en date du 24 avril 1940 (*Journal Officiel* du 2 mai 1940) autorise l'emploi de la saccharine dans la préparation des denrées et boissons suivantes : vins mousseux, vins de liqueur (à l'exception des vins médicamenteux), cidres et poirés, eaux-de-vie, liqueurs (sauf pour l'exportation), limonades, café et thé (boissons).

La saccharine devra être présentée au public, soit sous forme de dissolution, en flacons renfermant 5 grammes d'édulcorant, soit sous forme de comprimés renfermant chacun 0 gr. 025 au plus de ce produit.

Une étiquette portant la mention : « Sacchariné » sera placée sur les récipients des produits ainsi édulcorés, exception, pour la vente au détail, des boissons de café ou de thé.

Nécrologie

— Le Dr Albert Moulonguet, ancien interne des hôpitaux de Paris (1884), ancien directeur de l'Ecole de Médecine d'Amiens.

— Le Dr Noël Lantz, décédé à Limetz. Nous adressons à son oncle, le professeur Tanon, l'expression de notre douloureuse et très affectueuse sympathie.

— Le médecin lieutenant Guy Loisel, ancien interne des hôpitaux de Paris (1931), chef de clinique à la Faculté.

— Nous apprenons la mort du Dr Paul Farez (de Paris). C'était un écrivain et un conférencier distingué, un aimable confrère d'une grande courtoisie. Il sera vivement regretté de tous ceux qui l'ont connu.

Remerciements. — Les Drs François et Louis Le Sourd adressent l'expression de leur gratitude à tous les confrères qui ont bien voulu leur manifester leur sympathie à l'occasion du décès de leur mère, Mme E. Le Sourd.

REVUE GENERALE

DES TRAVAUX DE CHIRURGIE DE GUERRE [1]

(janvier-mars 1940)

Par le Professeur Jeanneney (de Bordeaux)
chirurgien consultant de la Nième armée

I. — Enseignement à tirer de la précédente guerre

Connaîtrons-nous, au cours de la guerre qui vient de commencer, les surprises tragiques de 1914 ? C'est peu probable, parce qu'au point de vue matériel comme au point de vue scientifique, nous sommes mieux armés qu'il y a vingt-cinq ans. C'est ce qu'envisage le professeur Gosset (*Le Monde Médical*, janvier 1940). Contre le *tétanos*, la vaccination et la sérothérapie nous offrent des armes excellentes. Contre les *infections gangréneuses*, le débridement, l'excision des plaies associées à la sérothérapie permettront d'éviter les terribles gangrènes gazeuses de 1914. Contre les *infections banales* des plaies, l'excision suivie ou non de suture, ou d'irrigation selon la méthode de Carrel, complétée par l'emploi des sulfamides, a réalisé de grands progrès. Au cours de la dernière guerre, les travaux de l'Académie de Chirurgie et des Réunions chirurgicales interalliées contribuèrent largement à l'amélioration de nos techniques et de nos organisations matérielles. Depuis 1918, d'autres progrès sont survenus qui seront aujourd'hui d'un précieux secours. Parmi ceux-ci, la *transfusion de sang conservé*, née à Bordeaux, est appelée à rendre les plus grands services si l'on en juge par l'expérience de la guerre d'Espagne. La *neuro-chirurgie* a été organisée dans des conditions de matériel et de personnel extrêmement heureuses. Le repérage des corps étrangers, le traitement des fractures et des brûlures ont aussi considérablement évolué. C'est dire que, sauf événements imprévisibles, nous sommes prêts.

II. — Traitement des plaies de guerre

A. *Suture primitive.*

La suture primitive des plaies de guerre avait rendu d'immenses services en 1917-1918 : elle avait transformé l'évolution de la blessure, et au point de vue militaire, permis une récupération importante des effectifs. Cependant, au cours de ces dernières années, de tels désastres furent signalés que l'Académie de Chirurgie lui consacra une série de discussions du plus haut intérêt. Au fond, l'opinion de tous les chirurgiens concorde et elle a été parfaitement exprimée dans un important travail de Lenormant sur les indications et les contre-indications de cette méthode (*Revue du Service de Santé Militaire*, janvier 1940). La cause majeure des échecs de la suture primitive réside dans la méconnaissance de ses principes : c'est-à-dire : « Le nettoyage chirurgical de la plaie, son débridement, l'extraction des corps étrangers, l'excision systématique et intégrale des tissus contus, mortifiés ou dévitalisés ». Ce qui vient ensuite, c'est-à-dire « pansement à plat ou suture est contingent ». Or, trop de chirurgiens qui avaient oublié les enseignements de la guerre ont pris la fin — la suture — pour les moyens — l'excision. Les échecs observés sont le fait de l'ignorance, voire même de fautes lourdes comme la suture sans excision préalable ou la suture sur des corps étrangers. Or, il est certaines plaies qu'il est difficile, voire impossible, d'exciser parfaitement : telles les plaies contuses très profondes où il faudrait réséquer vaisseaux et nerfs pour être complet ; telles les plaies de la fesse où les muscles lésés entraînent en se rétractant dans la profondeur des souillures dangereuses, tels les foyers de fractures complexes. Il est des plaies qu'on ne peut suturer en raison de l'étendue de la perte de substance. Il est enfin des plaies qu'on ne doit pas suturer : celles qui sont ischémiées par la ligature d'une artère importante (fémorale, poplitée). Enfin, la tactique sanitaire militaire apporte aussi ses contre-indications : on ne doit pas faire de sutures primitives sur des plaies datant de plus de dix heures, ni sur des blessés susceptibles d'être évacués. La surveillance de l'opéré a en effet une grande importance puisque, à la moindre alerte (tachycardie, fièvre, douleur, faciès grippé) il faut désunir.

Les indications de la suture primitive sont donc assez restreintes. Evidemment, les plaies superficielles, récentes et contuses (Desplas) seront suturées. On aura aussi grand avantage à suturer les *plaies articulaires* (Loubat) après nettoyage soigneux de la synoviale ; les plaies tendineuses, les *plaies de la face* et du cuir chevelu (sans les exciser ni les esquillectomiser) ; les plaies *cranio-cérébrales* après traitement du foyer encéphalique et du foyer osseux ; les *plaies de poitrine* avec traumatopnée après excision du foyer costal et hémostase).

En résumé, la condition essentielle de la suture primitive est l'*excision précoce et rigoureuse de tous les tissus suspects ;* dans les cas douteux, on se contentera de la mise à plat pure et simple de la plaie suivie de cette excellente opération qu'est la suture secondaire.

L'étude biologique de la plaie de guerre montre la nécessité absolue de cette excision en soulignant l'*importance de la cytolyse dans l'infection de la plaie.* Legroux et Loiseleur (de l'Institut Pasteur) y ont insisté dans une importante étude de l'hystolyse de la plaie de guerre exposée devant l'Académie de Chirurgie (février 1940) :

La cytolyse dans la plaie de guerre, par l'appoint des protéases leucocytaires et par l'asphyxie tissulaire due aux lésions traumatiques des gros vaisseaux, se fait à un rythme accéléré. Les bactéries, surtout anaérobies, trouvent dans les produits de désintégration la possibilité d'un développement rapide et massif contre lequel *aucune immunité active ou passive ne peut être espérée.* Le développement bactérien, en élaborant des bases ammoniacales, entraîne d'abord une réaction alcaline de la plaie, puis rapidement, la fermentation des glucides a pour résultat un état d'acidose qui caractérise l'état de pullulation microbienne, avec un pH à 6,5.

La thérapeutique trouve donc sa principale ressource dans l'*exérèse des tissus morts*, puis dans la chimiothérapie locale par les sulfamides.

L'étude de la plaie, le bon sens et l'expérience commandent donc formellement l'*exérèse* dans toute plaie contuse. Leriche (*Presse Médicale*, 3-6 janvier 1940) montre comment Gaudier et Lemaître arrivèrent peu à peu à force d'habitude de l'excision à tenter la suture des plaies qu'ils venaient de nettoyer : leur mérite était plus d'avoir codifié les règles de l'excision nécessaire que d'avoir imaginé la suture immédiate qui n'est en somme qu'une fin contingente dépendant de l'expérience de l'opération et des exigences militaires. Pour ces raisons, la suture n'est possible qu'assez près des lignes et encore pour les plaies des parties molles et les plaies articulaires. Dans tous les autres cas, mieux vaut s'abstenir et se contenter de la suture retardée après contrôle bactériologique. C'est dire que le traitement « des plaies infectées ne doit pas être abandonné au hasard des ignorances passives et des routines de chacun. Il fait partie d'une thérapeutique active dont la suture est la fin ». La *base de la désinfection* est toujours l'excision des débris sphacéliques, suivie d'application d'essences ou de colorants, ou l'injection par voie artérielle de microbicides (sulfamides, mercurochrome, etc.), sur lesquels insistait récemment de Foumestraux.

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux*, 1939, n°s 97-98 ; 1940, n°s 19-20.

A l'Académie de Chirurgie, à côté des sévères critiques de Desplas, la plupart des chirurgiens ont été d'accord pour souligner le bien fondé de la méthode — dont le principal est de l'appliquer bien. Ainsi Mondor s'oppose à la condamnation de la suture primitive et estime que pratiquée avec à propos et sagesse elle est un réel progrès.

Telle est l'opinion de Pierre Duval qui présente une série de magnifiques photographies montrant les résultats qu'il a obtenus dans de graves plaies de guerre ; de Grégoire, qui fut des premiers à appliquer la méthode alors qu'on la jugeait comme une audace téméraire. Il est vrai, et on ne saurait trop le répéter, que le succès dépend ici de la rigueur d'une technique particulièrement délicate : vrai « tour de force chirurgical », dit Chevassu, où l'on ne doit se risquer qu'après un long apprentissage. Pour ces raisons, Gosset se montre très prudent, donne plus souvent la préférence à la suture secondaire et conseille de créer des Centres d'instruction où les jeunes chirurgiens travailleront aux côtés d'anciens ayant l'expérience de la chirurgie de guerre. Tout le monde approuve cette *action directe* du chirurgien consultant sur ses jeunes collègues (Roux-Berger, P. Duval, Bazy, Sénèque, Robert Monod). Pour les *plaies articulaires* simples, tous se rallient à la suture immédiate (Mondor, Gosset, Roux-Berger); pour les plaies suspectes avec lésions osseuses, il semble préférable de suturer la seule synoviale après désinfection (Roux-Berger, Basset). La même opinion s'est affirmée à la Réunion des Chirurgiens consultants d'armée après le rapport Roux-Berger et les discussions de Basset, Cadenat, Jeanneney, Basset, Delaye, Cotte, Liégeois, Plisson, Lenormant, Le Bourdelès, Ockinczyc.

Au cours des séances de l'Académie consacrées à la suture primitive, la *cure occlusive des plaies de guerre* en usage par certains chirurgiens pendant la guerre d'Espagne fut assez sévèrement jugée par Capette, de Martel et Roux-Berger. Cette méthode a fait l'objet d'une revue générale de chirurgiens de Barcelone dans la *Revue de Chirurgie* (décembre 1939). D'Harcourt, Folch et Anguerra se réclamant l'Ollier et d'Orr, conseillent la cure occlusive dans les fractures de guerre et dans les plaies des parties molles. Après débridement, excision soigneuse et hémostase rigoureuse de la plaie, la cavité excisée est tamponnée (très lâche) avec de la gaze vaselinée stérile ou imprégnée de levure de bière. Un bandage plâtré est alors appliqué directement sur le membre sans interposition de pansement ; le plâtre bien moulé sur les saillies osseuses doit immobiliser les articulations sus et sous-jacentes même lorsqu'il ne s'agit que d'une blessure des parties molles. Le plâtre est laissé en place de trois à six semaines. Les premiers jours, une exsudation abondante, souvent fétide, souille l'appareil. Il n'y a pas à s'en inquiéter. Cependant, si des douleurs surviennent, ou de la fièvre, ou une odeur gangréneuse, il faut faire une fenêtre, voir la plaie et agir en conséquence. La présence d'asticots dans la plaie est plutôt favorable. Les auteurs espagnols signalent comme complication les pyodermites et les septicémies. Certaines septicémies larvées, avec diarrhée et altération progressive de l'état général sont rapportées. Malheureusement, les auteurs n'en donnent pas la proportion, de plus disent-ils, « ces diarrhées ne peuvent pas être attribuées à la cure occlusive, car elles se produisent avec la même fréquence chez les blessés soumis à la cure ouverte, et elles ont un cours également malheureux ». Lorsque l'évolution est favorable, on trouve à l'ouverture du plâtre une plaie bourgeonnante en voie d'épidermisation avec exsudat pauvre en germes ; les pseudarthroses sont rares ; les ostéites fracturaires s'accompagnent parfois de poussées inflammatoires, nécessitant un débridement. L'avantage de la méthode est d'être très conservatrice dans les fracas osseux. Une série de photographies de blessés accompagnent cet intéressant plaidoyer : mais il y manque des radiographies et des résultats statistiques. Aussi, croyons-nous encore que cette méthode ne doit être appliquée qu'avec prudence, sur des plaies bien excisées et sur des blessés qu'on aura tout loisir de surveiller.

Par contre, la *cure occlusive tardive* semble susceptible de rendre des services aux blessés déjà anciens, atteints d'ostéomyélite fracturaire, présentant un état d'intoxication accentué par suite de suppurations abondantes datant de plusieurs mois. Chez de tels blessés, Soulié (de Sète) et Linares (de Madrid) ont débridé le trajet, enlevé corps étrangers et esquilles dépériostées, réduit avec soin la fracture, puis appliqué directement sur le membre sans interposition d'aucun pansement ni capitonnage et sans le fenêtrer un appareil plâtré circulaire. Les auteurs donnent la statistique suivante :

Sur 78 fractures graves : résultats bons, 55 ; moyens, 17; mauvais, 6.

Sur 93 fractures moyennes : résultats bons, 71 ; moyens, 14 ; mauvais, 8.

Sur 218 blessures des parties molles : résultats bons, 206 ; moyens, 9 ; mauvais, 3,

Voici les conclusions des auteurs :

1° La température disparaît de quatre à six jours après l'application de l'appareil plâtré ;

2° L'état d'intoxication et les troubles consécutifs à l'absorption des produits de désintégration du foyer disparaissent dans un délai de dix à quinze jours ;

3° L'immobilisation rigoureuse de l'os fracturé aussi bien que des parties molles diminue le délai de formation du cal et de cicatrisation des plaies ;

4° L'immobilisation et le drainage du foyer fracturaire et de la plaie empêchent la propagation de l'infection, c'est pour cela que nous ne constatons plus de formation de phlegmons, ni d'infiltration des espaces intermusculaires, lymphangite, cellulite, etc. ;

5° En supprimant le pansement quotidien, nous évitons aussi la propagation de l'infection ;

6° Nous n'avons constaté aucun cas de pseudarthrose ;

7° La cure occlusive permet la cure ambulatoire, dont les bienfaits, aussi bien physiques que moraux, sont bien connus ; nous évitons ainsi les atrophies musculaires, étant donné qu'avec la marche à l'aide de l'appareil plâtré, les muscles se contractent et favorisent ainsi la circulation.

D'autre part, la cure ambulatoire permet ce que l'on appelait en Espagne gouvernementale l' « hospitalisation à domicile », qui permet une importante diminution de lits de l'hôpital.

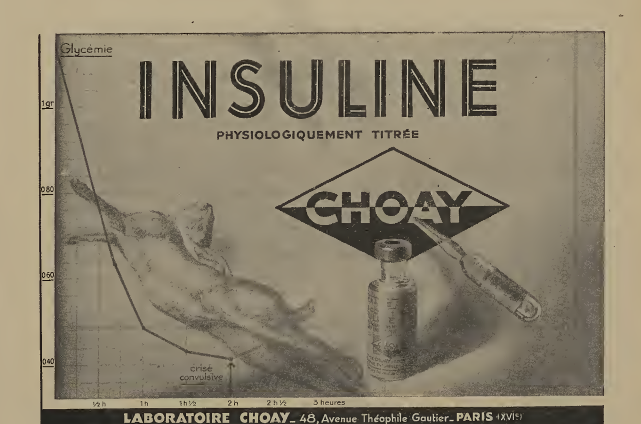
Du point de vue militaire, en Espagne, tout blessé porteur d'un appareil plâtré ou d'une colle de zinc, pouvait passer devant une Commission qui lui permettait de rester dans sa famille durant tout le temps que l'appareil n'a pas à être surveillé par le chirurgien.

De cette manière, des hôpitaux possédant 3.000 lits pouvaient soigner 10.000 blessés; le blessé peut ainsi bénéficier, durant une bonne partie du traitement, des avantages de la vie de famille ;

8° Lors de l'ablation des appareils plâtrés, il n'existe ni rigidités articulaires, ni ankyloses, à condition que les articulations distales et proximales du foyer de fracture soient immobilisées en position correcte ;

9° Les troubles trophiques consécutifs à la « cure occlusive » sont nuls ou insignifiants.

On sait combien sont fréquents les troubles neuro-sympathiques à la suite de certaines plaies de guerre, même peu graves en apparence. Ameline et Luzuy rapportent deux observations de contractures ischémiques, suites de sétons du membre supérieur guéries par novocaïnisation du ganglion étoilé (*Académie de Chirurgie*, 3 janvier 1940). Il s'agit de blessés qui, à la suite de plaies en séton, par balle osseuse, avaient accusé au bout de quelques semaines


Glycémie
1gr
080
060
040
crise convulsive
½ h
1 h
1 h ½
2 h
2 h ½
3 heures
INSULINE
PHYSIOLOGIQUEMENT TITRÉE
CHOAY
LABORATOIRE CHOAY_ 48, Avenue Théophile Gautier_ PARIS (XVIe)
DREVILL grav. imp.

différents troubles importants : refroidissement de la main, anesthésie cutanée, contractures digitales, indice oscillométrique diminué. Intégrité des nerfs, radial, cubital, médian. Après avoir essayé un traitement local, resté sans effet, M. Luzuy pratique une infiltration novocaïnique du ganglion stellaire. Résultats véritablement « théâtral », dit M. Ameline. Aussitôt, les troubles disparaissent, la main redevient chaude, la sensibilité reparaît, le pouls s'amplifie, l'indice oscillométrique augmente.

M. Ameline, toutefois, remarque que l'observation manque de détails anatomiques sur la blessure, avant l'admission du malade dans le service de M. Luzuy. Il pose la question d'un trouble touchant simplement le tonus musculaire, d'une hypertonie musculaire supprimée par l'intervention. En tout cas, la ramisection réalisée par la novocaïnisation du ganglion stellaire a eu des effets nets et rapides.

MM. Gosset et Pierre Duval, sans atténuer l'intérêt des résultats ainsi obtenus, demandent que ces malades soient revus dans quelques mois pour juger du résultat réel.

PLAIES DE LA FACE

Les plaies de la face par projectiles de guerre sont souvent irrégulières, souillées et s'accompagnent de délabrements et de fracas osseux qui en modifient l'évolution. Dubecq et Boivin en donnent une étude basée sur leur expérience de la guerre actuelle (*Progrès Médical*, 20 janvier 1940). Ces plaies peuvent être non pénétrantes ou pénétrantes : ces dernières peuvent ou non se compliquer de dégâts osseux. Les *plaies non pénétrantes* après nettoyage soigneux seront rapprochées par des points à distance. Les *plaies pénétrantes* seront traitées par suture du plan muqueux au catgut, tandis que le plan cutané sera simplement rapproché par des points lâches. Lorsque la commissure est lésée, il faut la réparer avec soin.

Lorsqu'il existe des *dégâts osseux*, il faut rapprocher en masse et à distance les lambeaux et évacuer le blessé sur un centre de stomatologie où les lésions osseuses seront traitées. Le plus souvent, on s'abstiendra de toute esquillectomie, se contentant de raboter les arêtes vulnérantes. Tandis que le spécialiste appareillera la lésion osseuse, on insistera sur les irrigations au Dakin, les pulvérisations balsamiques, l'actinothérapie ultra-violette, enfin sur les attouchements de la muqueuse à l'acide trichloracétique à 40 %. Les soins d'infirmiers spécialisés « nettoyeur de bouche » auront ici un rôle de premier plan.

C'est à des conclusions analogues à celles de Dubecq et Boivin qu'aboutit Peyrus dans son mémoire sur les *blessures de la face et des maxillaires* (*Revue du Service de Santé militaire, décembre* 1939). Ces blessures, dit Peyrus, sont toujours infectées, mais se défendent bien contre l'infection malgré des délabrements considérables. Leurs *dangers immédiats* sont l'hémorragie qui peut nécessiter des ligatures artérielles et l'asphyxie dont on cherchera et traitera la cause : voûte palatine affaissée, corps étrangers obstruant les fosses nasales, bascule de la langue en arrière contre laquelle on lutte en amarrant la langue par un fil qui la transfixe vers la pointe. Les *dangers secondaires* sont la perte de substance et l'infection : dangers contradictoires contre lesquels on agira en nettoyant avec soin tout en étant le plus possible conservateur surtout pour le squelette : on se contentera d'enlever les esquilles vraiment libres et les dents incarcérées dans les foyers de fracture : le squelette sera alors reconstitué le mieux possible et sur lui, les téguments seront partiellement suturés. Au maxillaire inférieur on s'efforcera d'immobiliser les fragments par de simples appareils de contention. Ces opérations seront faites de préférence à l'anesthésie loco-régionale ou, chez les gazés à l'évipan. Plus tard, on s'occupera de coapter les fractures en conservant l'articulé dentaire. Dans une troisième phase du traitement, le spécialiste aura souvent à lutter contre les séquelles : perte de substance, constriction des mâchoires, fistules salivaires, etc. Or, il faut insister sur ce point en terminant, la restauration maxillo-faciale sera d'autant meilleure que les premiers soins auront été plus corrects et plus économes.

PLAIES DE L'ABDOMEN

La guerre d'Espagne a permis de recueillir une série de documents extrêmement précieux sur les blessures de l'abdomen. La plus importante contribution revient au D[r] Baron, chef du Service de Chirurgie digestive à Valdecilla (Santander) et dont l'autorité dans ce domaine est connue de tous. Chef et créateur d'un Centre de Chirurgie abdominale au cours de la guerre, il put réunir plus de 600 observations de plaies pénétrantes qui furent parfaitement étudiées grâce à la fiche d'observation type que nous croyons utile de signaler à nos collègues français. Cette feuille d'observation présente les chapitres suivants :

Nom et renseignements d'Etat civil et militaire.

Blessure : date, heure, cause. Position du blessé. Moment du dernier repas, de la dernière selle.

Signes : vomissements, douleurs, respiration, faciès, pouls, pression artérielle.

Examen : plaies. Orifices. Aspect du ventre. Défense. Matité hépatique. Hyperesthésie. Toucher rectal. Urines.

Radiologie : Pneumo-péritoine. Projectile.

Lésions concomitantes extraabdominales (crâne, thorax, rachis, membres).

Impression clinique.

Evolution du blessé : décision prise. Préparation. Résultats.

Opération : date. Anesthésie. Voie d'accès, Contenu de l'abdomen. Lésions. Conduite tenue. Fermeture avec ou sans drainage.

Suites opératoires : évolution de la blessure. Complications. Mort. Emission de gaz, de matières.

Diagnostic final : résultat définitif du traitement.

Particularités et enseignement à tirer du cas.

Ces feuilles d'observations si utilisées dans certains pays simplifient beaucoup la besogne du chirurgien et permettent de constituer des dossiers faciles à consulter.

Baron en a tiré grand parti et nous donne, grâce à ses documents, une série de travaux que les chirurgiens auront avantage à lire.

Parmi les signes des plaies pénétrantes de l'abdomen, le *pneumo-péritoine* mérite une attention particulière. La présence de gaz libres dans la cavité abdominale est d'ordinaire décelée par la disparition de la matité hépatique. Mais l'exploration aux rayons X en permet une étude beaucoup plus précise. Baron (*Rev. Española de Med. y Cirurgia de guerra*, 13 septembre 1939, p. 3) en donne une série d'images radiographiques parfaites : on observe tantôt un mince trait clair entre le diaphragme et le foie, tantôt une zone claire, en calotte, en lame de faux, ou même en poche aérique refoulant le foie. Sans doute faut-il pour obtenir ces clichés placer la table radiographique mobile en position verticale ; si l'état du blessé ne le permet pas, on pourra obtenir d'intéressantes images ne le plaçant en décubitus latéral. Le pneumo-péritoine s'observe dans 35 % des plaies gastro-intestinales ; il est très fréquent dans les plaies du côlon, plus rare dans les plaies de l'estomac et du grêle que dans les perforations pathologiques de ces organes. Néanmoins, la recherche de ce signe peut être utile pour établir un diagnostic hésitant, par exemple lorsque, dans un syndrome de perforation discret la matité hépatique (signe pourtant de bien médiocre importance) persiste : dans ce cas, la constatation d'un pneumo-péritoine lève toute hésitation. De même, dans tous les cas

douteux on pourra rechercher ce signe avec avantages, car s'il existe, il donne la certitude de la lésion intestinale. La recherche du pneumo-péritoine est donc — en période calme tout au moins — un complément utile de l'examen clinique du blessé.

Car, l'*indication opératoire* pour si simple qu'elle soit ici soulève souvent en pratique de guerre de réelles difficultés sur lesquelles insiste Cuadrado (*Rev. Españ. de Med. y Cirurgia de guerra*, 1939, p. 443). Le meilleur critère est ici, toutes choses égales du côté des lésions, le *temps écoulé depuis la blessure*. En effet, les chiffres de Cuadrado établissent qu'après la douzième heure, la mortalité est telle (87 %) qu'il est inutile d'intervenir ; car, ou bien le blessé est en pleine péritonite diffuse et l'opération sera sans effet, ou l'infection est cloisonnée, circonscrite, et l'opération risque de la généraliser. Avant la douzième heure, Cuadrado cherche d'abord à préciser le diagnostic de pénétration en se basant sur l'état général du blessé, le trajet du projectile, la contracture, la douleur à la pression, la disparition de la matité hépatique. Dans les cas douteux, il débride la blessure, fait une *laparotomie exploratrice*. Cuadrado remarque fort judicieusement que, contrairement à certaines affirmations, le choc ne doit pas être une contre-indication absolue : car on perd trop souvent un temps précieux à lutter contre lui. En effet, pendant ce temps, les vaisseaux continuent à saigner et l'intestin à ensemencer le péritoine. Il faut donc avant tout aller à la lésion qui entretient l'état de choc et la traiter. Le traitement anti-choc ne sera donc pas prolongé au delà d'une heure s'il s'avère sans action, car il est souvent plus nuisible qu'utile : il augmente l'hémorragie et empêche l'hémostase spontanée. Pour ces raisons et quand les circonstances militaires le permettent, Cuadrado conseille d'opérer les abdominaux choqués. Sans doute, les déboires seront-ils grands, mais le chirurgien aura du moins la consolation de sauver quelques « inopérables » sans lui irrémédiablement perdus.

Parmi les complications des plaies de l'abdomen qui méritent une attention particulière, Baron insiste sur les *prolapsus viscéraux à travers la blessure* (*Rev. Esp. de Med. y Cirurgia de Guerra*, février 1940, n° 17). La plupart de ces prolapsus se font au voisinage de la ligne blanche (80 %), d'autres sont transdiaphragmatiques (13 %), d'autres transpelviens (7 %). Les plaies par grenade, les plaies par fusil de chasse, surtout les orifices de sortie, se compliquent assez souvent de ces éviscérations. On aperçoit par la blessure, de l'épiploon, du grêle, parfois plusieurs organes. Le danger est ici non seulement l'étranglement du viscère hernié, mais surtout les lésions concomitantes d'autres viscères abdominaux qu'il faut se garder de méconnaître : aussi, faut-il, dans tous ces cas, recourir à une *laparotomie*.

Avant de voir quelles techniques chirurgicales suivent nos collègues espagnols, il nous paraît intéressant de rappeler ici avec Bonnette (*Progrès Médical*, 23 décembre 1939) l'acte de foi chirurgical que Baudens, « le Larrey d'Afrique », formulait à cette occasion dès 1836, avant l'anesthésie et l'asepsie :

« Lorsque la nature fait tous les frais de la guérison, le rôle du chirurgien se borne à la seconder.

« Mais, malheureusement, ces espèces de guérisons sont très rares dans les plaies du ventre et combien de mécomptes n'ont pas eu lieu pour avoir laissé se former un épanchement mortel, sans lui avoir opposé les secours d'une chirurgie dont la hardiesse aurait dû, quelquefois au moins, être couronnée de succès.

« Je ne sache pas qu'on ait donné le conseil d'agrandir les plaies des parois du ventre déterminées par une balle pour aller à la recherche d'une lésion d'intestin, qui serait restée profondément cachée. Loin de là, je vois partout défendre de sonder ce genre de blessure et de faire aucune recherche pour ne pas détruire le travail des adhérences.

« Eh bien ! je le dis hautement et ma conviction ne s'appuie que sur l'expérience, quand une balle travers l'abdomen dans les régions occupées par le tube digestif, ce dernier est presque toujours altéré et sur 10 au moins, il survient des accidents mortels, développés sous l'empire d'une péritonite suraiguë.

« Dans ces circonstances graves, les parois du ventre sont perforées et comme dans les premiers moments le blessé ne présente rien de fort alarmant, on est disposé à croire que la balle a glissé à la surface des intestins sans les entamer. On panse la plaie, on abandonne à la nature l'honneur de la guérison des déchirures viscérales, s'il en existe et on se contente de surveiller la phlegmasie traumatique. Mais la mort survient bientôt. A l'autopsie, on voit qu'une ou plusieurs anses de l'intestin ont été traversées de part en part ; que des matières se sont épanchées ; qu'une inflammation interne a envahi le péritoine et on se courbe en disant que le mal était au-dessus des ressources de l'art ».

« C'est une erreur, le domaine chirurgical ne doit pas être resserré dans un cercle si étroit et c'est pour en reculer les limites que je ne crains pas de porter le bistouri sur la perforation que le projectile a faite à la paroi abdominale, afin d'en agrandir les dimensions, de poursuivre jusque dans cette cavité l'examen du trajet qu'il a parcouru et de porter aux lésions intestinales le remède prompt et efficace de la suture ».

Voici une page qui fait honneur à la chirurgie française et que tout chirurgien contemporaire pourrait signer — cent ans après Baudens.

L'expérience des chirurgiens français de 1918 et des chirurgiens espagnols de 1938 confirme l'opinion de Baudens. Ainsi, Canto Borreguero, dans son article de la *Revista Española de Medicina y Cirurgia de Guerra* (février 1939, n° 5), exposant son *expérience des blessures de l'abdomen*, rappelle que dans toutes plaies de la régioin abdominale il faut faire la laparotomie exploratrice : il n'existe aucun signe qui permette d'éviter cette manière de faire. Par exemple, la défense peut manquer dans certaines plaies pénétrantes et, par contre, exister dans de simples lésions pariétales (chez les polyblessés en particulier). La contracture spontanée, signe de haute valeur, s'observe néanmoins dans des blessures qui n'intéressent en rien la cavité abdominale : lésions du rachis, blessures pelviennes, plaies thoraciques basses, hématomes sous-péritonéaux, etc. Dans ce cas, un examen attentif conduit parfois à l'abstention malgré la présence de la contracture. Par contre, dans les plaies indiscutables de l'abdomen, le chirurgien se trouve parfois dans une situation angoissante : doit-il tenter d'opérer des blessés en apparence inopérables : polyblessés, choqués, grands éviscérés, transfixés abdominaux sans pouls, chez qui une rencontre chirurgicale plus précoce aurait peut-être permis le salut. C'est pour eux que Canto Borreguero avança son service le plus près possible des lignes : même alors quelques-uns de ces blessés présentaient à l'intervention de telles lésions explosives qu'aucune intervention n'était possible ; d'autres avaient de grandes hémorragies par lésions vasculaires; d'autres avaient des lésions intéressant à la fois méso et intestin nécessitant des réactions étendues ; d'autres étaient atteints de plaies associées des viscères pleins et des viscères creux de l'étage supérieur de l'abdomen ; d'autres étaient des thoraco-abdominaux. Chez tous ces grands blessés, Borreguero avait fini par adopter la conduite suivante : si, après une heure de préparation énergique (sérum, réchauffement et morphine), le blessé ne s'améliore pas, c'est qu'il est ou un grand hémorragique ou un choqué sans espoir : seule l'intervention offre à l'hémorragique une chance de se tirer d'affaire et on ne peut


UNE CURE
IODÉE
XX GOUTTES AVANT
CHAQUE REPAS
IODONUCLEOL
SANS DANGER
D'IODISME
Cr. Office d'Éditions d'Art
J. EURY, Docteur en Pharmacie
LABORATOIRE MAUCHANT
GENNEVILLIERS (Seine)

la lui refuser. Pour le choqué désespéré, qu'on intervienne ou non, l'issue aurait été la même. Il n'y a donc aucun regret à avoir d'être intervenu dans son cas.

La laparotomie médiane est la voie de choix dans l'immense majorité des cas ; on la complètera de débridements horizontaux dans les lésions du côlon. Il est indispensable d'explorer méthodiquement toute la cavité avant de commencer à suturer les perforations rencontrées : ce bilan permettra de juger si oui ou non le cas est opérable. La suture convient aux perforations simples; par contre, il faut reséquer les perforations avec lésion du bord mésentérique, les déchirures, les hématomes étendus du méso. Dans les plaies du côlon, l'hématome qui infiltre paroi et méso masque parfois la perforation qu'il faudra chercher avec grand soin. Dans les lésions pures des viscères pleins, la suture au gros catgut ou le tamponnement (foie) donne 80 % de guérison. La splénectomie sauve la majorité des plaies de la rate.

Les résultats globaux sont assez satisfaisants : 37 % de guérisons qui pourraient être encore plus nombreuses si les blessés étaient évacués plus vite; il préconise dans ce but l'emploi de petites voitures à deux places et chauffées.

Le choix du type de laparotomie à adopter dans chaque cas particulier est étudié par Baron (*Rev. Española de M. y C. de Guerra, mai* 1939, p. 362) qui, à côté de la *laparotomie médiane* estime qu'il faut savoir utiliser les voies d'accès parallèles aux rebords costaux, à l'arcade crurale à la ligne blanche externe, enfin les thoraco-laparotomies. Dans ce choix, le chirurgien se laissera guider par le *trajet du projectile.* Une laparotomie correcte est ici une des conditions essentielles du succès. Cette opinion est aussi celle de Cuadrado qui se base sur une statistique de 207 cas (*Rev. Esp. de M. y C. de Guerra*, p. 267).

Une fois la laparotomie faite, il importe de suivre avec précision une *technique d'exploration intraabdominale.* Baron (*Rev. Esp. de M. y C. de Guerra*, 1939, p. 409) souligne l'importance du dépistage de toutes les lésions gastro-intestinales, la méconnaissance d'une seule d'entre elles étant cause de mort. Cette exploration complète est donc un acte capital. Baron en décrit la technique méthodique : exploration du voisinage des plaies et des organes situés sur le trajet du projectile ; particularités de l'exploration des divers segments gastro-intestinaux : manœuvres de découverte des lésions paires et impaires, des lésions du bord mésentérique, des hématomes sous-séreux, des causes d'hémorragies intra-abdominales. Il y a là tout un guide de technique et de tactique opératoire qui rendra de grands services au chirurgien.

Les résultats de cette chirurgie dépendent, bien entendu, du type de blessure, du temps écoulé, enfin de la technique suivie. La statistique des 600 cas vus par Baron montre que 47 fois sur 100 il a dû s'abstenir en raison de l'état désespéré du blessé (97 % de mortalité) ou de la nature de la blessure (plaies pures du foie : 19 % de mortalité). 52 % des blessés ont été opérés en moyenne sept heures et demie après la blessure. Les blessures d'organes pleins ont donné une mortalité de 54 %; celles du tube digestif, 75 %. Si Baron avec une équipe spécialisée, rapprochée le plus possible des lignes, n'a pu obtenir plus de 25 % de guérisons, c'est que la plaie de guerre de l'abdomen reste une des plus terribles blessures qui soit (*Rev. Esp. de M. y C. de Guerra*, n° 7, mars 1939).

Cette gravité peut-elle être atténuée par certaines techniques ? Jean-Louis Faure pense que le *drainage large du péritoine* à la Mickulicz peut être ici utilisé avec succès (*Presse Médicale* du 6 décembre 1939).

« J'ai la conviction absolue que le drainage large du péritoine modifie profondément le pronostic si souvent fatal des plaies de l'intestin par blessures de guerre et je me bornerai à répéter ici, avec tous les détails que je crois utiles qu'elle est la meilleure façon de l'appliquer pour lui assurer toute son efficacité ».

Rien n'est à changer dans les règles générales de l'intervention dès qu'elle est jugée nécessaire. Le blessé, transporté dans un de ces centres opératoires le plus rapproché possible du champ de bataille, est remonté, réchauffé, tiré par tous les moyens de son état de choc. Transfusion sanguine au besoin, anesthésie régionale si elle est possible. Rien n'est à changer non plus dans les règles de l'exploration de la cavité abdominale, de l'hémostase qui doit être parfaite, des sutures intestinales qu'on ne saurait faire avec trop de soins, quel que soit leur nombre, de la toilette du péritoine qui doit être débarrassé avec des compresses de toute souillure.

Pour pratiquer un drainage large de la cavité péritonéale, le mieux est de se servir du *sac à retournement de Mickulicz.* Celui-ci est constitué par un sac de gaze assez perméable pour se laisser traverser par les liquides infectés, sécrétés par le péritoine. Cette gaze ne doit pas être enduite de corps gras, sous prétexte de faciliter l'extraction du sac ; cette pratique supprime en effet la capillarité qui est le principe même de ce drainage ; c'est une pratique mauvaise à laquelle il faut renoncer.

Dans ce sac, on introduit jusqu'au niveau des lésions profondes les mèches stérilisées longues d'environ 1 mètre, larges de 3 ou 4 centimètres, avec 3 ou 4 épaisseurs de gaze.

Le fond du sac doit arriver jusqu'au niveau des lésions profondes. Si celles-ci sont assez étendues, il ne faut pas hésiter à étaler le fond du sac sur les lésions septiques. S'il y a plusieurs foyers éloignés les uns des autres, on n'hésitera pas à mettre au besoin 2 sacs de même nature : un drainage excessif vaut mieux qu'un drainage insuffisant. Il est bon de placer au point le plus déclive, contre le sac bourré de mèches, mais en dehors de lui, un drain de la grosseur de l'index et percé latéralement *d'un seul* trou vers son extrémité inférieure. Ce drain n'est pas fait pour drainer, mais pour pouvoir, au moment de l'enlèvement du sac, pratiquer les lavages nécessaires à son extraction.

Dès le troisième jour, on enlève la première mèche, et quelquefois les deux premières, les dernières mises en place, faciles à reconnaître grâce à leur numéro.

Les quatrième et cinquième jour, on enlève les deux ou trois mèches suivantes.

Ce n'est que le sixième jour, lors de l'enlèvement de la dernière mèche que les lavages commencent avec de l'eau étendue d'un peu d'eau oxygénée, qui, comme on le sait, facilite le décollement de la gaze.

Le sac enlevé, on lave abondamment par le drain profond qui est toujours en place et y restera quelques jours encore. On panse à plat.

J.-L. Faure termine par ces mots : « J'ai la conviction profonde, basée sur mon expérience de vieux chirurgien, que l'application de la doctrine pour laquelle j'ai tant combattu, permettra de sauver la vie d'un grand nombre de soldats ».

GELURES ET PIEDS DE TRANCHÉE

Avec l'hiver, quelques cas de gelures et quelques pieds de tranchée ont été observés. Il ont été l'occasion d'une abondante éclosion de travaux dont on peut aujourd'hui faire le bilan. Monsaingeon en a donné dans la *Presse Médicale* 10 février 1940) une bonne vue d'ensemble. Les *gelures* pures fréquentes par les grands froids présentent trois degrés : pied de marbre œdémateux, phlyctènes, enfin gangrène sèche plus ou moins étendue, mais qui se limite toujours par un sillon d'élimination franc. Les complications locales (gangrène gazeuse) ou générales (tétanos, hémoglobinurie, anurie) sont toujours à redouter.

Le *pied de tranchée* représente autre chose qu'une simple gelure. Raymond et Parisot en avaient bien défini les causes : séjour prolongé dans des tranchées humides,

station debout, bandes molletières. Leur parenté symptomatique avec les gelures est assez marquée; trois degrés, ici aussi : œdème blanc, et paresthésies, phlyctène extensive, enfin nécrose putrilagineuse, extensive. C'est en somme un pied froid macéré. Et si nous voulions comparer ces deux variétés aux gangrènes, nous pourrions dire que l'une est une *gangrène sèche*, l'autre une *gangrène humide*. Les champignons que Raymond et Parisot, dans leur belle étude, y décelèrent sont vraisemblablement des agents d'infection secondaire, non spécifiques. Par contre, les troubles vaso-moteurs ont ici une importance de premier plan, car la vaso-constriction prolongée finit par entraîner des lésions vasculaires. Monsaingeon y insiste à son tour : « Ce qu'on sait de la vaso-constriction initiale et des troubles vasculo-sympathiques qui lui succèdent immédiatement tend à faire croire que ce sont les lésions vasculaires et plus spécialement artériolaires, qui jouent le rôle majeur ».

Le *traitement prophylactique :* graissage des pieds, port de chaussures larges, kinésithérapie doit s'associer à des *mesures collectives :* drainage et assèchement des tranchées et abris, suppression des molletières, relèves fréquentes. Le traitement proprement dit consiste à réchauffer doucement le membre (pédiluves tièdes), à appliquer des antiseptiques faibles, comme la pommade boratée camphrée de Parisot. La kinésithérapie selon l'excellente méthode biokinétique de Jacquet, conseillée par Brocq, sera très utile. Le traitement général s'attaquera aux avitaminoses et préviendra le tétanos. Monsaingeon n'est pas partisan de l'administration d'antiseptiques par voie artérielle ou d'acétylcholine. Par contre, il conseille ondes courtes, diathermie et sympathectomie secondaire.

Rabut, dans un travail de la *Presse Médicale* (27 décembre 1939), dont la *Gazette des Hôpitaux* a déjà donné une large analyse (n° 9, 1940), arrive aux mêmes conclusions traditionnelles en ce qui concerne le pied de tranchées. Fiévez (*Progrès Médical*, 9 décembre 1939) insiste à son tour sur la gravité de ces lésions qu'il a baptisées « pied tricolore » (doigt bleu noirâtre, avant-pied blanc, arrière-pied rouge, hyperémique). Fiévez estime que ces lésions sont d'origine artérielle périphérique et profonde, et qu'elles aboutissent à un véritable infarcissement. Mais, à part l'acécoline et la physiothérapie, il ne déduit pas de ces données pathogéniques une thérapeutique logique. Les travaux étrangers sur la question méritent d'être rappelés. Ainsi, dans la *Rinascenza Medica* de Martelli (1939, p. 321), le prof. de Blasio, à qui l'on doit tant d'intéressantes remarques sur la pathologie de guerre, résume un travail de Castellanata (*Giornale di Med. Militare*, août 1939, n° 8) sur les pieds de tranchées, basé sur les acquisitions des guerres précédentes et en particulier de la guerre d'Espagne. Le froid humide, la macération des pieds, la constriction par la chaussure, déclenchent des troubles circulatoires qui, jointes aux avitaminoses, entraînent des mortifications plus ou moins étendues. Contre ces différentes causes, Blasio indique les mesures prophylactiques à appliquer aux armées : relèves fréquentes, assèchement des tranchées, chaussures imperméables, visites médicales, enfin application de pommades balsamiques.

Gil y Gil a pu observer pendant la guerre d'Espagne 309 cas de pieds de tranchées (*Rev. de M. y Cirurgia de Guerra*, 1939, p. 9) ; il insiste sur la pathogénie de ces accidents et en particulier sur les troubles de la circulation tégumentaire (vaso-constriction suivie de gangrène) et sur l'infection secondaire des lésions.

De ces données, il déduit :

1° *Des traitements médicamenteux :* antiseptiques (acridine, rivanol, tripaflavine, pansements secs) ; *vaso-dilatateurs* (extraits pancréatiques du type vagotonine de Santenoise ou angioxyl, acétylcholine, gynergène) ;

2° *Des traitements chirurgicaux* (régularisation, sympathectomies périartérielles, enfin gangliectomies ou ramisections, comme dans les maladies de Bueger ou de Raynaud). Mais, avec la plupart des auteurs allemands, Gil rejette ces opérations et leur préfère la *physiothérapie* (air chaud, diathermie, ondes courtes).

En résumé, l'intérêt de ces travaux réside dans la mise en évidence du *rôle des troubles circulatoires* dans la genèse des gangrènes par froidures et dans leur localisation surtout tégumentaire. L'étude oscillométrique de ces lésions, que j'ai été le premier à faire (*Gaz. hebd. des Sc. Méd. de* Bordeaux, 1917), m'avait permis d'affirmer qu'elles sont surtout tégumentaires comme un « manchon de nécrose », entourant le membre, et que, contrairement aux gangrènes par artérite, il s'agit ici d'une artériolite périphérique ; qu'enfin, l'augmentation de l'indice omillométrique et son polycrotisme signent l'atteinte vaso-motrice. « Ces derniers phénomènes disparaissent et l'irrigation profonde se rétablit si la vie des tissus n'a pas été trop longtemps compromise ».

Leriche et Kunlin (*Ac. de Chirurgie*, 14 février 1940) après avoir insisté à nouveau sur ces troubles vaso-moteurs sur lesquels tout le monde est d'accord en déduisent avec clarté une thérapeutique pathogénique, logique et simple : *l'infiltration du sympathique lombaire.* Mais celle-ci doit être faite d'*urgence*, gagner de vitesse les lésions. La maladie est d'abord vaso-motrice, puis thrombosante. Il faut la traiter comme la maladie de Raynaud. L'infiltration anesthésique du sympathique lombaire, répétée autant que besoin, peut rendre ici de grands services.

Peu après cette communication, Roux-Berger (*Ac. de Chirurgie*, 28 février 1940) rapportait une observation de Stricker et Buch sur un cas de pied de tranchée traité par infiltration scurocaïnique du sympathique lombaire. « L'efficacité de ces infiltrations est certaine, dit Roux-Berger. Elle paraît être la thérapeutique la meilleure, d'abord sur la douleur, ensuite sur l'œdème. Il semble que l'action de l'infiltration lombaire soit plus durable que celle des injections intraartérielles. Mais il faut bien savoir, et j'y insiste, que l'action n'est tout d'abord que momentanée ; l'infiltration doit être répétée quand la douleur réapparaît... Les résultats sont d'autant plus complets que l'infiltration sera faite plus précocement, avant l'installation d'une lésion nécrotique définitive ».

Ces faits confirment le rôle du spasme périphérique et justifient jusqu'à un certain point le traitement conservateur. Telle est l'opinion de ceux qui, après Roux-Berger, prirent la parole en apportant des cas comparables : de Fourmestraux, Jeanneney (cas de Sarroste et Raynaud), Basset, Leveuf, Brocq.

Il semble que nous disposions là d'une arme nouvelle, logique, efficace.

A ces procédés directs, il conviendra d'ajouter un traitement général par la vitamine B. En effet, Champy, Giroud et Coujard ont montré expérimentalement que l'un des facteurs essentiels de la gelure des pieds est la *carence en vitamines B*, les autres facteurs étant occasionnels. La revitaminisation doit être surtout préventive. Il y a donc lieu de surveiller le régime du soldat surtout en période d'hiver où le ravitaillement en fruits, source de vitamines, est difficile. L'abondance même de l'alimentation peut être une cause de carence si elle n'est pas équilibrée.

Signalons encore, parmi les travaux récents sur ces questions, l'excellente fiche de pratique médicale d'Anjaleu sur les *pieds de tranchées*, envisagés surtout au point de vue médecine militaire.

On le voit, dans ce domaine comme dans bien d'autres, nous avons fait, depuis 1918 d'incontestables et substantiels progrès.

Visé à l'Inspection générale du Service de Santé.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

SÉANCE DU 29 AVRIL 1940

Variation en fonction du temps de la tension superficielle des solutions aqueuses de sérum en présence de bleu de méthylène. — M. A. Boutaric et Mlle P. Berthier.

Recherches sur le mode d'action des radiations sur les bactériophages. — MM. F. Holweck, Salvatore Luria et E. Wollman.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 8 MAI 1940

M. Mocquot, président, annonce la mort de M. Gustave Clément, de Fribourg, membre correspondant de l'Académie de Chirurgie.

A propos du procès-verbal. — M. Métivet. — L'injection de sérum physiologique en cas d'hémorragie grave est d'une *activité* certaine, à condition qu'elle soit faite en quantité suffisante : 1 l. 1/2 en injection intra-veineuse, 4 à 5 litres en injection sous-cutanée. Le sérum n'est pas *toxique*. Il faut parfois y adjoindre une *transfusion*, le sang frais semble préférable au sang conservé.

Rapports. — Sur un travail de MM. Hoche et Ol. Monod : **L'activité d'un centre chirurgical de première urgence en septembre 1939.** — M. Maurer, rapporteur.

Les auteurs ont eu à traiter des blessés porteurs de blessures multiples par éclatement de mines entraînant dans les premières heures un état de shock intense, plus tard des suppurations multiples. Il faut intervenir d'urgence sur les projectiles les plus volumineux, les plus profonds ; aider ensuite les autres à s'éliminer. Dans la plupart des cas, les auteurs n'ont pas fait de suture primitive. Celle-ci, formellement contre-indiquée en période d'attaque, sur des plaies profondes des masses musculaires, avec lésions vasculo-nerveuses, reste possible dans quelques cas, en période de calme.

Sur un travail de M. Dubau : **Traitement chirurgical des fractures du scaphoïde carpien.** — M. Mouchet, rapporteur.

La fracture du scaphoïde, souvent méconnue, peut être suivie de pseudarthrose mal tolérée, avec douleurs et limitation des mouvements. M. Dubau a essayé le traitement chirurgical *précoce* dans 3 cas dont 2 ont été traités par la méthode de Beck, 1 par l'ablation du scaphoïde. En cas de *pseudarthrose*, il a essayé sans succès la greffe et le forage osseux ; mais dans 5 cas, l'ablation isolée du fragment supérieur du scaphoïde a entraîné un succès complet.

M. Mouchet estime qu'il faut essayer la méthode du forage, mais suivie d'une longue immobilisation. Les pseudarthroses bien tolérées doivent être respectées.

MM. Capette et Sorrel prennent la parole.

Sur un travail de M. Palmer : **Les causes de la mort dans les plaies du foie.** — M. Okinczyc, rapporteur

La mort secondaire aux plaies du foie peut être due dans les premières heures à une anémie aiguë ; dans les heures qui suivent, existe un sydrome d'intoxication aiguë, la mort semble causée par la nécrose hépatique et la toxicité des autolysats hépatiques ; plus tard, elle est due à l'infection.

Les plaies du foyer doivent être opérées le plus tôt possible. Il faut éviter toute compression de la veine porte, faire une hémostase soigneuse, une suture hépatique très correcte, ou électro-coagulation de la surface saignante ; méchage ou tamponnement.

M. Lenormant. — L'auto-intoxication due à la nécrose hépatique joue certainement un rôle important.

M. P. Duval est du même avis.

Présentation de pièce. — M. Moure. — Photographies d'un estomac enlevé par gastrectomie sur lequel on a trouvé 43 ulcères gastro-duodénaux.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 26 AVRIL 1940

Persistance de l'injection de l'appendice après absorption d'un repas baryté, signe de son altération organique. — MM. P. Brodin, B. Tedesco et Kleman exposent que la plupart des crises aiguës d'appendicite ne sont que des poussées évolutives survenant sur un appendice malade. Ils montrent l'importance, pour ce diagnostic d'appendicite chronique, d'un point douloureux iliaque droit, en position verticale, associé à un arrêt de la baryte absorbée au niveau du genu inferius duodénal, lors de l'étude de la traversée digestive. Ils attirent l'attention sur un autre signe de l'altération de l'appendice, le plus souvent d'ailleurs associé aux signes précédents, à savoir : la persistance de la baryte, après un repas baryté, alors que tout l'intestin, ou tout au moins toute la partie droite du côlon, est déjà évacuée. Cette persistance traduirait toujours une altération de l'appendice.

Fracture du maxillaire inférieur au cours d'une leucémie lymphoïde. — MM. P. Emile-Weil et S. Perles. — Chez une femme de 67 ans, un cas de leucémie lymphoïde chronique suivi pendant dix ans, à la suite de l'avulsion d'une dent de sagesse à la mâchoire inférieure, se produisit une fracture comminutive du maxillaire avec infection périostique et élimination de séquestre. Les auteurs ont, en effet, montré que la ponction sternale dénote un ramollissement habituel de l'os, dû à son infiltration lymphatique ; ce ramollissement du sternum étant à opposer à la dureté constante du sternum au cours de la leucémie myéloïde.

Nouvel appareil à oxygène. — M. Le Mée présente un appareil à oxygène pouvant servir pour les vols à haute altitude, à la navigation sous-marine et à l'oxygénothérapie. Son avantage est d'être d'un emploi pratique sous un petit volume. Il permet, en outre, de donner des concentrations variables en oxygène, 40, 60, 100 %. La présentation de cet appareil attire l'attention des membres de la Société sur son utilisation pour la suroxygénisation des tissus utilisée par l'Ecole américaine.

Sur une nouvelle méthode d'hémo-agglutination permettant au lit du malade le diagnostic rapide des brucelloses. — Note de M. Brumpt, présentée par M. de Gennes. — On emploie comme antigène une émulsion dense de *Brucella abortus* dans du citrate de soude à 10 % et formolée à 0,2 %. Une grosse goutte est déposée sur une lame de verre ; on y ajoute une petite goutte de sang du malade ; on mélange intimement et on agite lentement. Au bout de une à quatre minutes, les agglutinats microbiens apparaissent à la périphérie de la goutte. Les résultats sont parallèles à ceux du sérodiagnostic de Wright : la technique est simple et rapide et peut faire partie de l'examen clinique ; l'antigène formolé ne présente aucun danger dans sa manipulation. Ce procédé peut rendre de grands services en temps de paix au médecin et au vétérinaire de campagne. En temps de guerre, il est également très avantageux d'employer des techniques de détection dont la rapidité ne nuit pas à la précision.

ACIDES AMINÉS CONTRE LA TUBERCULOSE

Au cours d'une revue sur « Le traitement médical de la tuberculose », paru dans la *Presse Médicale*, du 13 février 1937, Henri Barth, médecin honoraire de Necker, confirme l'action bienfaisante de l'**Okamine** dans la tuberculose.

D'autres spécialistes ont reconnu que le Glycocolle (base de l'Okamine), est le traitement de choix des accidents auriques et arsénobenzolés, preuve de son action réparatrice biologique.

Le 19 février suivant, le Dr Dani-Hervouet a donné communication à la Société Médicale des Praticiens de sa formule n° 3, **Okamine cystéinée**, expérimentée depuis deux ans et demi, qu'il préconise comme traitement de fond prolongé des formes graves ou rebelles.

La Cystéine, qu'il associe à l'Okamine, est le principe actif du cortex surrénal. Il est en même temps une des trois bases du Glutathion, produit physiologique de haute importance, étudié surtout par le Pr Binet et ses élèves. Une autre base du Glutathion est le Glycocolle, premier constituant de l'**Okamine**.

Donc **Okamine simple**, moins coûteuse, pour les *tuberculoses courantes* ; **Okamine cysteinée** pour les *formes graves ou rebelles de préférence.*

SÉANCE DU 3 MAI 1940

Deux cas de méningite à pneumocoques guéris par la sulfamidothérapie en dehors de la voie rachidienne. — M. Chiray, H. Maschas, et A. Rouault de la Vigne rapportent deux cas de méningites pneumococciques graves, traitées tardivement, l'un le quatrième jour, l'autre le sixième jour, en associant la voie sous-cutanée, buccale et rectale, guéris rapidement, sans utiliser la voie rachidienne. Ils n'ont fait chez chaque malade que deux ponctions lombaires, une pour affirmer le diagnostic et identifier le germe, l'autre pour contrôler la guérison clinique. Ils ne tirent aucune conclusion ferme de ces deux cas, mais considèrent qu'ils confirment la conception suivant laquelle la voie rachidienne d'introduction des sulfamides n'est pas indispensable pour obtenir la guérison des méningites suppurées à pneumocoques graves, même si les malades sont traités tardivement.

Pustule maligne avec bactéridie charbonneuse. Guérison. — M. Lemierre, Mlle Bonnenfant. — Observation d'une pustule maligne de la région intercapsulaire survenue chez un homme de 77 ans. Une hémoculture a donné une bactéridie charbonneuse, qui a guéri après vingt-quatre heures de traitement, malgré l'apparition d'une azotémie assez notable et d'une atteinte hépatique suivie par une hépatomégalie, une urolubinurie intense et une ascite, symptômes qui se sont effacés eux-mêmes peu à peu.

L'inoculation charbonneuse a été provoquée par des frictions que le malade se faisait chaque jour avec une lanière de crin.

De cette lanière a été isolée une bactéridie charbonneuse dénuée de nocivité pour la souris et le cobaye, tandis que les bactéridies isolées du sang et de la sérosité pustuleuse tuaient rapidement ces animaux par septicémie.

Le traitement a consisté en injections sous-cutanées de sérum anticharbonneux à distance et *in situ*.

Après quarante-huit heures de traitement sérothérapique, le patient a reçu de plus par la bouche 4 gr. de 693 qui en vingt-quatre heures amena une amélioration locale, prélude de la guérison définitive.

Sclérose latérale amyotrophique. — MM. P. Lechelle, Saint-Thieffry et Mlle H. Rist. — Observation de sclérose latérale amyotrophique caractérisée par les grands symptômes habituels (paraplégie spasmodique, atrophie, troubles bulbaires). Les auteurs ont noté chez le malade un syndrome pseudo-bulbaire fruste surajouté et insistent sur certaines particularités cliniques : l'intensité de la contracture qui garde cependant tous les caractères de la contracture pyramidale et le début de la maladie à 24 ans.

SOCIETE DE BIOLOGIE

SÉANCE DU 6 AVRIL 1940

Hyperglycémie. — MM. Mutermilch, A. Grimberg, E. Agasse-Lafont et Mlle G. Mathis. — Le colibacille sécrète une toxine capable, par injection, de déterminer chez le lapin une hyperglycémie passagère marquée, avec maximum entre la première et la deuxième heure après l'injection, et qui, soumise à l'action combinée du formol et de la chaleur, perd son pouvoir hyperglycémiant.

Les résultats de ces recherches viennent à l'appui de l'hypothèse sur le rôle que peuvent jouer certaines infections dans la pathogénie du diabète.

Sérothérapie de l'infection expérimentale à bacilles dysentériques du type Flexner, chez la souris. — MM. P. Thibault et N. Rist. — On réalise chez la souris une infection mortelle avec une très petite dose de bacilles de Flexner, à condition de les inoculer par voie péritonéale, en suspension dans la mucine. Ce mode d'infection a permis de mettre en évidence le pouvoir antibactérien d'un sérum anti-Flexner qui semble pouvoir être utilisé pour titrer des sérums thérapeutiques.

Chimiothérapie de l'infection expérimentale à bacilles dysentériques du type Flexner, chez la souris — MM. N. Rist et P. Thibault. — La para-aminophénylsulfamide protège la souris contre cette infection, à des doses très inférieurs aux doses toxiques.

Les variations d'excitabilité dans la paralysie saturnine expérimentale du cobaye. Action de l'hyposulfite de soude. — MM. L. Binet, P. Chauchard et L. Perel, étudiant expérimentalement l'intoxication saturnine sur le cobaye, explorent l'excitabilité neuro-musculaire dans ces conditions : leurs résultats viennent confirmer l'origine centrale de la paralysie saturnine. L'injection d'hyposulfite de soude pratiquée en même temps que l'injection plombique, empêche l'apparition de ces phénomènes nerveux.

Dégénérescence du bacille tuberculeux par addition d'huile d'arachide aux cultures de ce germe sur pomme de terre au bouillon glycériné. — M. J. Solomidès. — L'addition de faibles quantités d'huile d'arachide aux cultures du bacille tuberculeux sur pomme de terre glycérinée provoque leur fonte avec formation d'un enduit blanchâtre. Ce phénomène est suivi de l'apparition dans les frottis de nombreuses formes non acido-résistantes. Le développement du bacille sur le même milieu préalablement additionné d'huile d'arachide est fortement entravé et aboutit à la même fonte des colonies qui deviennent de moins en moins acido-résistantes. Ces modifications sont très vraisemblablement dues à un processus de dégénérescence.

Modifications de l'excitabilité du centre respiratoire sous l'influence de l'anoxémie et de l'hypercapnie. — MM. A. et B. Chauchard et Fegler mesurent l'excitabilité du centre respiratoire sur des chiens anesthésiés au chloralosanemorphine. Les temps de sommation sont, à l'état normal, différents pour le fonctionnement du centre et son inhibition.

Pendant l'anoxémie, on constate un changement de l'excitabilité du centre respiratoire : diminution du temps de sommation pour le fonctionnement et augmentation de ce temps pour l'apnée, en même temps la chronaxie nerveuse diminue ; tout le système devient donc plus prêt à réagir par une augmentation des fonctions respiratoires que par l'inhibition.

Influence de l'anoxémie sur l'excitabilité du centre respiratoire chez le chien vagotomisé et à sinus carotidiens énervés. — MM. Fegler et A. et B. Chauchart mesurent l'excitabilité du centre respiratoire sur des chiens ayant subi une double vagotomie et une destruction des sinus carotidiens. L'anoxémie est-elle susceptible d'être encore augmentée par rapport à celle des animaux normaux ? Si le rythme respiratoire est accéléré par une addition bien réglée d'azote à l'air inspiré, on note une augmentation de l'excitabilité du centre dans le sens du fonctionnement et une diminution en ce qui concerne l'inhibition. L'anoxémie par accroissement de l'espace mort détermine des modifications de même ordre, mais plus marquées et plus stables.

Sur les propriétés allergisantes des bacilles paratuberculeux. — M. R. Laporte. — Dans certaines conditions, il est aisé de révéler chez les cobayes inoculés avec certaines souches de bacilles paratuberculeux un état d'allergie intense aussi marqué que celui des animaux tuberculeux pour la tuberculine. Mais l'hypersensibilité due aux bacil-

les acido-résistants aprophytes est beaucoup plus étroitement spécifique que celle qui est provoquée par les bacilles tuberculeux.

SÉANCE DU 19 AVRIL 1940

Oxycarbonémie et anoxémie. — MM. L. Binet, M. V. Strumza et P. Nicolle. — Une anoxémie brusquement instituée, soit en faisant respirer au chien une atmosphère fortement sous-oxygénée, soit en le soumettant à une importante dépression barométrique au moyen du caisson, détermine une élévation du taux de l'oxyde de carbone existant normalement dans le sang. La rate participe à cette élévation, qui est liée à l'augmentation du taux de l'hémoglobine.

Remarques sur le rôle joué par différents excipients pour sensibiliser le cobaye au B. C. G. par la méthode des scarifications. — M. J. Bretey a pratiqué sur des cobayes des scarifications avec des suspensions de B. C. G. faites dans différents excipients. Ce sont les suspensions en milieu aqueux qui ont donné les meilleurs résultats, car l'allergie apparaît très précocement et atteint un taux très élevé.

Action des sympatholytiques sur les modifications de la pression intrapleurale provoquées par l'histamine. — MM. J. Troisier, M. Bariéty et Mlle D. Kohler étudient l'influence d'un grand nombre de sympatholytiques naturels et de synthèse sur la diminution de pression intrapleurale produite par des doses variées d'histamine chez le chien chloralosé. L'injection endoveineuse de ces divers sympatholytiques diminue ou supprime l'effet des doses liminaires d'histamine actives sur la pression intrapleurale. Dans les mêmes conditions, l'effet des moyennes et fortes doses d'histamine est diminué, et l'augmentation considérable de la pression intrapleurale qui apparaît sous l'influence des très fortes doses d'histamine, probablement par l'intermédiaire d'une décharge d'adrénaline, est supprimée.

Sur la formation de microcaillots et de caillots dans le sang citraté conservé. — MM. A. Tzanck, M. Sureau et G. Pittaluga ont étudié le processus de formation de caillots et de microcaillots dans les ampoules de sang citraté conservé. Les microcaillots se forment pendant le processus de sédimentation à partir des premières heures dans le sédiment flottant au-dessus de la masse globulaire et sont constitués par quelques leucocytes et des plaquettes.

Les caillots se forment par fragmentation de la couche leucocytaire et thrombocytaire qui se dépose vers la fin du processus de formation entre les masses globulaires et le plasma surnageant.

Etude de l'action de la colchicine sur les mitoses. — MM. J. Verne et V. Vilter. — Il y a identité du mécanisme d'action de la colchicine *in vivo* et sur les cultures *in vitro*. Il n'existe pas d'effet stimulateur de la mitose, mais un effet inhibiteur. A des concentrations relativement fortes, le blocage est tel que peu de cellules entrent en division ; à des concentrations faibles, l'entrée en division est possible, mais un arrêt se produit à la métaphase et l'on assiste à l'accumulation caractéristique des cellules en mitose colchicinique.

Propriétés pathogènes du B. C. G. mort ou vivant enrobé dans l'huile de vaseline. — MM. A. Saenz et G. Urquijo. — L'inoculation intratesticulaire de *B. C. G. mort*, enrobé dans l'huile de vaseline, produit chez le lapin des lésions pulmonaires moins graves que celles données par les bacilles bovins morts de souches pleinement virulentes. Dans les mêmes conditions d'expérience, le *B. C. G. vivant* en suspension huileuse, détermine des lésions pulmonaires identiques à celles que provoque le B. C. G. mort.

L'atténuation de virulence du B. C. G. est liée plus à l'incapacité de sa pullulation dans les tissus qu'au bouleversement de sa constitution chimique et physico-chimique.

Eloge nécrologique de M. Hallion et du professeur P. Marie. — M. P. Armand-Delille, président.

SÉANCE DU 20 AVRIL 1940

Classification des poisons. — J. Régnier et S. Bazin ont retrouvé, en étudiant les mouvements protoplasmiques des cellules de feuilles d'*Elodea canadensis*, avec des narcotiques (chloral, uréthane, véronal) bien que ces corps soient rangés habituellement parmi les « poisons de concentration », les mêmes phénomènes d' « actions potentielles » que ceux constatés précédemment avec divers sels de cocaïne. Procédant à des essais de plasmolyse, les auteurs arrivent à la conclusion que la classification des poisons, habituellement admise, est, dans les conditions de leurs essais, tout à fait arbitraire, et que les différences existant dans le mode d'action des divers toxiques tient particulièrement à la rapidité plus ou moins grande avec laquelle les substances pénètrent dans la cellule.

CONGRÈS

COMITÉ NATIONAL DE L'ENFANCE

Les assises annuelles du *Comité National de l'Enfance* tenues à Bordeaux et à Périgueux les 26, 27, 28 mars 1940, avaient pour but, cette année, d'étudier les résultats obtenus pour la protection maternelle et infantile dans les départements d'accueil et le rôle des assistantes sociales.

Nous n'analyserons pas les différents rapports donnés au cours de ces journées qui ont obtenu un réel succès, dont il faut féliciter les organisateurs du Comité National de l'Enfance et les représentants locaux des Comités départementaux de la Gironde et de la Dordogne.

Nous essaierons d'en faire la synthèse et de tirer les conclusions pratiques qui s'imposeront à l'attention des Pouvoirs Publics.

1° *Législation nouvelle de la protection médico-sociale de la maternité et de l'enfance.*

M. Cavaillon et M. Lesné ont analysé les différents chapitres du décret du 24 février 1940. Ils ont montré tout ce que pratiquement, dans chaque département, on pouvait attendre d'une législation qui imposait à chaque Conseil général un effort plus grand en vue de la protection maternelle et infantile, tant pour le recrutement du personnel médical que pour celui des assistantes sociales dont l'utilité d'un plus grand nombre se fait sentir pour la prophylaxie et la surveillance des mères et des enfants.

2° *Les évacuations d'un grand nombre de mères et d'enfants* ont nécessité des *mesures spéciales* et la *création d'établissements nouveaux* établis suivant les formules adaptées aux nécessités présentes. M. Devraigne a insisté sur les services rendus par les *maternités rurales ;* Mme Schreiber-Crémieux, sur les *centres d'accueil* créés par le ministère de la Santé Publique ; M. Armand-Delille, sur le rôle de l'*Œuvre Grancher* dans la protection des enfants contre la tuberculose.

Il fallait tenir compte de ce qui avait été fait dès les premiers jours de septembre dans les grands centres ou dans les départements d'accueil.

MM. Rocaz et Forestier ont parlé des œuvres girondines pour les enfants réfugiés. Mlle de Hurtado a montré l'effort des œuvres parisiennes et de la préfecture de la Seine dans le départ de plusieurs dizaines de milliers d'enfants. Elle a,

avec beaucoup de sagacité, tiré les enseignements d'une expérience pénible et a montré ce qu'il ne fallait pas faire et ce qu'il était utile d'imposer comme directive. Mme Brunschvig, au nom du ministre de l'Education Nationale, parla des évacuations scolaires et du rôle du personnel enseignant et de l'œuvre des pupilles de l'école publique. Mlle Hardouin apporta le résultat de l'enquête menée auprès des assistantes sociales qui eurent à faire face à des problèmes difficiles d'hébergement, de surveillance sanitaire et morale.

M. le professeur Rohmer, enfin, montra ce qu'avant la guerre de 1939 on avait pu réaliser en Alsace et en Moselle.

3° La Journée de Périgueux montra les *réalisations obtenues pour le problème des évacuations massives de mères et d'enfants de Strasbourg.*

La bonne entente réalisée entre les Pouvoirs Publics de Périgueux et les organisations transplantées de Strasbourg permit au bout de quelques mois une mise au point des services hospitaliers et de prophylaxie qui jouent déjà à plein rendement dans un cadre inhabituel.

M. le profeseur Rohmer, pour les enfants ; M. le professeur Reeb, pour la maternité, ont donné des précisions par les résultats obtenus, en insistant l'un sur les visites à domicile des infirmières provoquant pour les enfants une consultation médicale, l'autre sur les consultations prénatales qui ont été facilement réalisées dans la maternité modèle de Périgueux.

4° M. Huber, secrétaire général, montra l'*activité de guerre du Comité national de l'Enfance* qui s'occupe depuis un an et demi de tous les problèmes intéressant l'enfance ; assurant la liaison entre les divers organismes publics et privés et provoquant des initiatives, qui restent des exemples, dans les diverses Sections départementales.

Enfin, dès le début des hostilités, la réponse immédiate aux demandes de secours et d'aide matérielle quelle qu'en soit l'origine, a obtenu un succès qui dépassa souvent les possibilités des réserves du Comité central. La mise au point et la réussite des assises de Bordeaux-Périgueux sont une récompense pour son président, M. Paul Strauss, son Conseil d'administration et son personnel.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

Mardi 16 avril. — Jury : MM. Jeannin, Gougerot, Laignel-Lavastine. — M. Castelberg. Destin intracorporéal de la folliculine. — M, Vandermarlière. Comportement des réactions sérologiques de la syphilis au cours de la sulfamidothérapie de la gonococcie. — M. Guézennec. Contribution à l'étude clinique du cancer primitif du poumon à symptomatologie pleurale. — M. Grosse. Protection médico-légale des enfants anormaux criminels. — M. Delage. La notion de la néo-sociabilité des aliénés. — M. Collet. Contribution à l'étude des types humains élémentaires. Le type prorasome pur et les types prorasomiques associés.

Mesrcredi 17 avril. — 1° Jury : MM. Loeper, Lemierre, Menegaux, Sureau. — M. Lesure. Contribution à l'étude des stigmates hématologiques précoces du saturnisme. — M. Métayer. De l'auto-ouro-thérapie. Quelques cas d'eczéma suintant traités par cette méthode thérapeutique. — M. Devaux. Le service de la rougeole à l'hôpital Claude-Bernard à Paris. — M. Goust. L'activité du service de la coqueluche à l'hôpital Claude-Bernard d'avril 1937 à novembre 1939.

2° Jury : MM. Polonovski, Troisier, Mondor, Mauclaire. — M. Desgrez. Etude de l'action de l'eau régale sur les composés biochimiques soufrés. Application au dosage du soufre urinaire. — M. Pinon. Valeur pronostique de la vitesse de sédimentation dans la tuberculose pulmonaire. — Mlle Mottez. La radiophotographie, méthode de radiographie indirecte par photographie de l'écran fluorescent. Ses principales applications. — M. Astic. Ictus du pharynx. Influence du tabac. — M. Courtaud. De la thérapeutique chirurgicale des luxations acromio-claviculaires.

Jeudi 23 avril. — Jury : MM. Cunéo, Guillain, Tanon, Laubry. — M. Blum. Le traitement de certaines fractures articulaires par les infiltrations scurocaïniques du foyer de fractures et des ligaments et par la mobilisation active immédiate (méthode Leriche). — M. Bourgine. Contribution à l'étude des ostéoarthropathies scapulo-humérales au cours de la syringomiélie. — M. Genthon. Position actuelle et prophylaxie du cancer du brai (maladie professionnelle). — M. Battoue. De quelques méthodes de destruction des corps. — M. Berneztein-Perelmuter. Contribution à l'étude de la folliculinothérapie dans les aménorrhées de castration. — M. Rosey. Sur un cas d'endocardite maligne à bacille de Pfeiffer.

Mardi 23 avril. — Jury : MM. Gougerot, Tanon, Laignel-Lavastine, Lemaître. — M. Borja. De quelques aspects de la thérapeutique chlorophylienne. — M. Incerti. De l'hygiène alimentaire de la femme enceinte. — M. Vexler. Pervers instinctifs. Prophylaxie médico-sociale. — M. Guerniou. Considérations sur les indications, le pronostic et les résultats du pneumothorax bilatéral artificiel. — M. Ripard. Ulcères de jambes et lésions osseuses. — M. Duchêne. Modifications du liquide céphalo-rachidien chez 100 malades internés pour troubles mentaux alcooliques.

Mercredi 24 avril. — Jury : MM. Loeper, Debré, Abrami, Mauclaire. — M. Souriac. Pathogénie de la parasyphilis. — M. Berger. Contribution à l'étude des endocardites malignes à évolution lente greffées sur une cardiopathie congénitale. — M. Ispahany. Contribution à l'étude des azotémies extra-rénales par oligurie habituelle et de leurs formes évolutives.

Lundi 29 avril. — Jury : MM. Loeper, Leroux, Troisier, Ameline. — M. Bugaud. Sur un cas de cancer duodéno-vatérien chez une femme de 25 ans. — M. Guyader. Les mauvais pneumothorax. Entretien. Dangers. Améliorations. Callapsothérapie de substitution. — M. Poveda-Estrada. Contribution à l'étude bactériologique et radiologique de la tuberculose pulmonaire traitée par le pneumothorax thérapeutique depuis plus de cinq ans.

Mardi 30 avril. — Jury : MM. Gougerot, Tanon, Laignel-Lavastine, Moulonguet. — M. Couderc. Contribution à l'étude de l'évolution du thermo-climatisme militaire. — M. Nguyen-Duy-Muon. Contribution à l'étude du déficit des alcooliques chroniques. Le déficit affectif. — M. Rousseau. Conceptions actuelles sur les infantilismes.

Mercredi 1er mai. — Jury : MM. Boudouin, Mondor, Aubertin, Mauclaire. — Mlle Szezesniakowski. La radiothérapie du sympathique dans les arthrites. — M. Nicolaïdes. Le traitement du delirium tremens par le bromure de magnésium. — M. Dupont. Tuberculose trachéo-bronchique ulcéreuse cliniquement primitive.

THESES VETERINAIRES

Mercredi 10 avril. — Jury : MM. Polonovski, Verge, Vuillaume. — M. Briache. Les corps gras d'origine animale et les industries annexes des abattoirs.

Lundi 15 avril. — Jury : MM. Brumpt, Robin, Daille. — M. Rocq. Paraaminophénilsulfamide 1162 E.

Mercredi 17 acril. — Jury : MM. Gosset, Coquot, Bresson, Léon Binet, Simonnet, Chelle. — M. Va Wen Tien. Hernie inguinale de la chienne. — M. Cazabat. Variations de la vitamine C dans les plantes fourragères.

PRATIQUE MÉDICALE

La conjonctivite morbilleuse (1)

Par M. Vincent

La conjonctivite, signe classique du début de la rougeole, a une grande valeur diagnostique, par suite de sa fréquence ; elle accompagne le catarrhe, souvent même elle le précède, constituant avec l'hyperthermie débutante le premier signe clinique de la maladie. En temps d'épidémie, elle peut suffire à faire porter le diagnostic de la maladie.

Ceci est d'un très grand intérêt thérapeutique, une rougeole soignée tôt, guérissant vite et sans complications. Dès la première ascension thermique, dès la première rougeur de la conjonctive, on administre l'érythra à raison de 2 gouttes par année d'âge toutes les quatre heures ; cette thérapeutique, qui a donné d'excellents résultats, au moins comparables à ceux de la séro-atténuation, a été toujours bien supportée.

(1) *Concours Médical*, n° 13, 31 mars 1940, p. 502.

LIVRES NOUVEAUX

Albert Calmette, sa vie, son œuvre scientifique, par Noël Bernard et Léopold Nègre. Préface de Pasteur Vallery-Radot, avant-propos de A. Yersin. — Un volume de 272 pages, avec 1 planche, 50 francs. Masson et Cie, éditeurs, Paris.

En publiant aujourd'hui ce livre, sur la vie et l'œuvre d'Albert Calmette, MM. Noël Bernard et L. Nègre répondent au vœu de ses disciples, de ses amis, de ses admirateurs en France et à l'étranger.

Sa vie est un des plus beaux exemples qui puisse être offert aux jeunes gens au moment où ils cherchent leur voie, un enseignement pour les éducateurs qui ont mission de les guider dans l'orientation de leurs aptitudes. Elle est le reflet des milieux si divers que traverse l'enfant dans sa famille (1863-1881), l'étudiant à l'Ecole de Médecine navale de Brest, le médecin de la marine et des colonies au cours de ses campagnes lointaines au moment où se dessine l'essor colonial de la France (1881-1889), le jeune adepte de la science nouvelle dans les dernières années de l'existence de Pasteur (1890-1895), le savant dans l'ambiance scientifique et sociale de son temps (1895-1933).

C'est dans l'action qu'Albert Calmette a trempé son caractère avant que l'initiation à la recherche n'ait révélé en lui les qualités de l'homme de science. C'est pourquoi sa remarquable activité intellectuelle aboutira toujours à des efforts constructifs et féconds. Dès qu'il se consacre à l'Institut Pasteur, élargissant par un progrès continu son œuvre scientifique et sociale, il s'élèvera jusqu'au rayonnement qui a marqué la fin de sa vie. Dans le récit de son existence, débordante d'activités multiples, MM. Noël Bernard et L. Nègre ont retenu de cette œuvre tout ce qui était de nature à faire connaître l'homme, le développement de ses conceptions et de leurs réalisations, les épreuves dont il a triomphé.

La seconde partie du livre est l'exposé objectif de ses principales recherches. L'étude des venins, de la sérothérapie antivenimeuse, œuvre de sa jeunesse, dans sa partie la plus importante, fait l'objet d'un chapitre. Calmette tient un des premiers rangs parmi ceux qui se sont attachés à la science de l'hygiène, née de l'œuvre de Pasteur. Il suffisait de choisir quelques exemples pour montrer comment il abordait un problème local et en dégageait les solutions de la plus large portée sur le terrain social.

Aux recherches sur la tuberculose, fruits de sa maturité, qui se sont prolongées pendant plus de trente ans et ont marqué le point culminant de sa carrière, les auteurs ont consacré de plus longs développements. Ils ont suivi l'évolution de ses travaux jusqu'à leur conclusion expérimentale, la vaccination antituberculeuse par le B. C. G. Ils ont dégagé des controverses passionnées qui l'ont accueillie, les faits définitivement acquis. Enfin, ils ont exposé les résultats qui se sont accumulés depuis la mort de Calmette jusqu'à l'heure présente.

L'ouvrage se termine par la liste des publications d'Albert Calmette classées chronologiquement pour chacune des questions envisagées.

Le traitement de la tuberculose pulmonaire par le tuberculine, par le Dr Jaquerod. In-8° broché avec radiographies, Prix : 2 fr. 50. Librairie Payot.

Les premières tentatives de traitement de la tuberculose au moyen de la tuberculine ont laissé dans le monde médical un si mauvais souvenir, que cette impression défavorable persiste encore aujourd'hui, bien que la méthode, inaugurée par Koch, ait été complètemnt modifiée dans la suite, et qu'elle ait donné, dans les mains de médecins spécialistes, des résultats qui sont loin d'être négligeables.

Le Dr Jacquerod, qui utilise ce traitement depuis plus de trente ans, nous donne le résumé de sa longue expérience en cette matière. Partisan convaincu de la tuberculiothérapie, il insiste néanmoins sur les dangers de ce traitement lorsqu'il est employé à doses trop fortes ou chez des malades qui ne sont pas en état de le supporter.

La question des indications et des contre-indications, de même que celle du mode d'emploi de la tuberculine, sont traitées dans cet ouvrage avec le souci scrupuleux de donner aux médecins des directives prudentes, leur permettant d'utiliser ce traitement avec un maximum de chance de succès et sans risque de nuire à leurs malades.

Les pleurésies purulentes. — Etude anatomophysiologique, diagnostique et thérapeutique, par le Dr Pierre Jourdan. Paris, Marcel Vigné, 1939.

Etude qui, par sa forme et par son esprit, témoigne d'un esprit positif, à la fois clinique et chirurgical, mais où tout médecin trouvera, grâce à un style clair et imagé un enseignement acquis sans effort. Aucune bibliographie explicite mais le témoignage d'une documentation abondante et intimement assimilée à laquelle se joint une expérience personnelle soigneusement mûrie ainsi que de très nombreux schémas et documents radiographiques.

L'auteur y étudie concurremment les pleurésies de la grande cavité, les abcès localisés de la plèvre et la suppuration locale des recoins pleuraux et leurs étapes successives : pleurésies récentes, pleurésies « entre deux âges », vieilles cavités fistuleuses.

L'auteur envisage leurs relations étiologiques, leur anatomie et leur physiologie pathologiques, les problèmes du diagnostic. Il aborde ensuite l'étude technique et critique de la pleurotomie dans ses diverses formes et les indications générales et particulières qui doivent guider le chirurgien et autant que lui le médecin, vers le succès thérapeutique.

Il ne paraît pas contestable qu'une telle étude aide efficacement à sortir de leur pénible condition, des malades qui, trop souvent et, comme le dit l'auteur, bien que médico-chirurgicaux, demeurent trop souvent et en dépit des bonnes volontés, négligés, oubliés, ignorés.

L. B.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris


CONSTIPATION
AUCUNE ACCOUTUMANCE
ACTION RÉGULIÈRE
ET CONSTANTE
1 à 6 comprimés par jour
aux repas ou au coucher
Commencer par deux comprimés
Laboratoires LOBICA
25, RUE JASMIN - PARIS-16e
TAXOL

Nos 43-44. — 29 MAI-1er JUIN 1940. 113e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** **Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

L'INVASION

Comme en 1914, la Belgique et le nord de la France sont envahis par les hordes allemandes.

Comme en 1914, l'ennemi incendie, attaque les populations civiles, s'acharne sur les femmes et les enfants...

Comme en 1914, l'armée belge, coude à coude avec les armées franco-britanniques, résistait héroïquement.

. . . .

La douleur de nos amis belges est la nôtre, leur colère est la nôtre, leur foi en la victoire inéluctable des valeurs morales sur la barbarie, nous la partageons parce que nous, les alliés, nous sommes des peuples libres qui entendons le rester.

INFORMATIONS

Guerre (*réserve*). — 1° Sont promus dans le cadre des officiers de réserve du Service de Santé :

Au grade de médecin lieutenant-colonel

M. Roger, 15e région.

Au grade de médecin capitaine

M. Fabre, 18e région.

2° Sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de Santé :

Au grade de médecin sous-lieutenant

MM. les médecins aspirants Buroztyn, 17e région, Scharf, 13e région ; Zajtman, région de Paris ; Feinstein, région de Paris; M. le médecin sous-aide-major Arnaud (M.), 15e région.

MM. les médecins auxiliaires Adler, région de Paris ; Adrey, 15e région ; Aillet, 17e région ; Albert, 16e région; Albientz, 18e région ; Alsberghe, 1re région ; André, 15e gion ; Ansquer, 11e région ; Arnaud (R.), région de Paris ; Arnaud (J.), région de Paris ; Arnoux, 15e région ; Auberty, 18e région ; Aufrère, 9e région ; Avercenc, 11e région ; Ayache, 19e région ; Ayrinhac, 16e région ; Azalbert, 16e

région ; Azuelos, région de Paris ; Babin, région de Paris; Bader, 20e région ; de Baecker, région de Paris ; Baills, 16e région ; Baixas, troupes de Tunisie ; Bakhouche, région de Paris ; Ballon, 9e région ; Balme du Garay, 13e région ; Bancaud, 4e région; Barbot, 9e région; Bardinon, 13e région ; Baronnet, 9e région ; Barot, 6e région ; Barriera, 15e région ; Barrière, 13e région ; Barthez, 16e région; Bastard, région de Paris ; Bauer, région de Paris), Bauge, 11e région ; Baulande, région de Paris ; Bausset, 15e région ; Baylac, 17e région ; Bedrines, 16e région ; Bedu, 1re région; Bègue, 9e région ; Benazet, 17e région ; Bendayan, 19e région ; Berger, 2e région, Bernard, 1re région ; Bernèdes, 16e région ; Bernot, 8e région ; Berteaux, 1re région ; Bessil, région de Paris ; Bezieaud, 11e région ; Biardeau, 9e région ; Binet, région de Paris ; Blanc, 15e région ; Bleynie, 9e région ; Bliah, 19e région ; Blomme, région de Paris ; Bocherel, 1re région ; Boissonnat, région de Paris ; Bordes-Sue, région de Paris ; Bories, 3e région ; Borrell, 9e région ; Bosquier, 1re région ; Bouaziz, 19e région ; Bouchacourt, région de Paris ; Bouche (J.), 1re région ; Bouche (E.), 14e région ; Boudard, région de Paris ; Boudin, 2e région ; Bonic, 4e région ; Bourey, 1re région ; Bousquet, 17e région; Branellec, 11e région ; Brecher, région de Paris ; Brenet, 1re région ; Brisson, 2e région ; Brocard, région de Paris ; Brochier, 8e région ; Broussolle, 5e région ; Broutin, 1re région ; Buckel, région de Paris ; Buffard, région de Paris ; Burnouf, 3e région ; Cabart, 16e région ; Caillard, 18e région ; Caille, 11e région ; Cailliez, 1re région ; Callier, 7e région ; Calvet, 16e région ; Campan, 17e région ; Carlot, 13e région ; Carré, 2e région ; Casacca de Fontobbia, région de Paris ; Castelli, 19e région ; Caula, région de Paris ; Chabanier, 18e région ; Chabaud, région de Paris ; Chabrier, 1re région ; Champagne, région de Paris ; Chapoulaud, 9e région ; Chardac, 9e région ; Chassagne, 9e région ; Chatel, 7e région ; Chauveau, 4e région ; Chauvet, 9e région ; Chavane, 8e région ; Chandler, région de Paris ; Chevallier, 3e région ; Chomet, 5e région ; Chureau, 8e région ; Citterio, 15e région ; Clerc, 7e région ; Companyo, 16e région ; Contran, 9e région ; Corcuff, 11e région ; Corman, 17e région ; Corson, 11e région ; Couder, 4e région ; Coustou, 18e région ; Croll, 18e région ; Culioli, région de Paris ; Dalban, 14e région ; Damour, 4e région ; Daniel (J.), région de Paris ; Daniel (H.), 15e région ; Darras, 1re région ; David, 9e région ; Debanne, 15e région ; Debost, 13e région ; Deficis, 17e région ; Degouve, 8e région; Deiss, 19e région ; Delatte, 1re région ; Delmas, 16e région ; Delrue, 1re région ; Deltombe, 1re région ; Demptos, 9e région ; Dentaud, 11e région ; Denis Peraldi, région de Paris ; Dénizet, 11e région ; Deoux, 17e région ; Deplan, 14e région ; Deschamps (F.), 1re région ; Deschamps (G.), région de Paris ; Desclaux, 11e région ; Desmergers, région de Paris; Dieuzaide, 17e région ; Doerler, région de Paris ; Dorgan, 17e région ; Dottain, 18e région ; Dounet, région de Paris ; Dubois, région de Paris ; Dubroux, 20e région ; Dubuc, 17e région; Dubuisson, région de Paris; Du Chalard, 9e région; Duchassaing, région de Paris ; Ducœurjoly, 4e région ; Dufour, région de Paris ; Dumas, 19e région ; Dupuis, région de Paris ; Dupuy-Gardel, 13e région ; Duran, 17e région ; Durnerin, région de Paris ; Eifermann, 16e région; Elbaz, 19e région ; Escolan, 4e région ; Escouboue, 17e région.

Fabre, 15e région; Farcy, 15e région; Fargier, 13e région; Faudot, dit Bel, région de Paris ; Faure-Muret, 9e région ; Fayein, région de Paris ; Feneon, 3e région ; Ferrand, région de Paris; Ferrari, région de Paris; Ferrasson, région de Paris ; Ferron, 4e région ; Feu, 14e région ; Filiu, 19e région ; Flament, 1re région ; Fleurant, 18e région ; Fonrojet, 16e région ; Fortin, 15e région ; Fouque, 15e région ; Fouquet, 9e région ; Fournier (G.), 1re région ; Fourney, 8e région ; Fournier, 9e région ; Francheteau, 11e région; Fritschi, 18e région ; Froidefond, région de Paris ; Froissart, 15e région ; Gadaud, 17e région ; Galonier, région de Paris ; Galichère, 3e région ; Ganot, région de Paris ; Garetier, 9e région ; Garrigoux, 13e région ; Gatovsky, région de Paris ; Germain, 13e région ; Gimon, 13e région ; Girard, 14e région ; Giraud région de Paris; Giraux, 7e région; Giry, 18e région; Gondange, 16e région; Goubert, 15e région; Gourevitch, région de Paris; Goude, 11e région; Grain, 2e région; Grand (J.), 16e région; Grand (R.), 2e région; Grange, 2e région; Grasset, 3e région; Grégoire, 3e région; Grevin, région de Paris; Gronier, région de Paris; Guéret, région de Paris; Guérin (C.), 9e région; Guérin (J.), 20e région; Guillemain, 9e région; Guiot, 1re région ; Guiu, région de Paris ; Gurtler, région de Paris ; Hamonet, 4e région ; Hamy, 1re région ; Hanoun, 19e région ; Hascher, 17e région ; Hecart, 2e région ; Hennion, 1re région ; Hérisse, 9e région ; Hermant, 1re région ; Herpe, 4e région ; Hirsch (A.), région de Paris ; Hirsch (H.), 20e région; Horeau, 3e région; Huchet, 11e région; Husson, 6e région ; Irisarri, 18e région ; Jacquet, 1re région ; Jarry, 11e région; Jaubert, 15e région; Joie, 14e région; Jourdan, 19e région ; Jourde, 8e région ; Jube, 4e région ; Kellner, région de Paris ; Laborde, 9e région ; Laclau-Lacrouts, 18e région ; Lafargue, région de Paris ; Laffay, 13e région ; Laffitte (B.), 10e région; Laffitte (P.), 18e région; Lafon, 13e région ; Lagrange, 9e région ; Lagrène, 1re région ; Lakatos, région de Paris ; Landau, région de Paris ; Landowski, région de Paris ; Langlade, 18e région ; Lannegrace, région de Paris ; Larrègle, 18e région ; Larroumets, 13e région ; Lartigue, région de Paris ; Lasserre, 16e région ; Latil, 15e région ; Laugel, 20e région ; Laumonnier, 17e région ; Laurentin, 9e région ; Laval, région de Paris ; Lavergne, 9e région ; Lebard, 13e région ; Le Bigot, 3e région ; Le Brun, 3e région ; Lecat, 1re région ; Leclerc, 18e région ; Lecomte, 4e région ; Lecointe, 2e région ; Lefranc, région de Paris ; Legasse, région de Paris ; Legin, 7e région ; Legrand, 1re région ; Le Guern, 7e région ; Lejeune, 1re région ; Lemee, 18e région ; Lemesle, 3e région ; Lenoir (M.), 3e région ; Lenoir (G.), région de Paris; Lobbedez, 1re région; Lepetit, 13e région ; Leralliez, 13e région ; Lesterlin, 18e région ; Le Treust, 1re région ; Lévi, région de Paris ; Lévi-Valensi, 19e région ; Lieber, 20e région ; Linglin, région de Paris ; Louis, région de Paris ; Lutz, 7e région ;Macaire, 3e région ;

Voir la suite des Informations, page 450.


CIBA
PHYTINE
PHOSPHORE CALCIUM MAGNÉSIUM
le plus riche et le
plus assimilable des
médicaments phosphorés
CACHETS
2 à 4 par jour
GRANULÉ
2 à 4 mesures par jour
COMPRIMÉS
4 à 8 par jour
FERROPHYTINE
PHOSPHORE-FER
Spécifique de l'anémie
et des affections
déglobulisantes
CACHETS
1 à 4 par jour
GRANULÉ
1 à 4 cuillerées à café par jour
CIBA
LABORATOIRES CIBA, O. ROLLAND, 103 à 117, Boulevard de la Part-dieu_LYON
403

CRISES ÉPILEPTIFORMES ALCOOLIQUES ET CRISES D'ÉPILEPSIE

par le médecin commandant Fernand Lévy
Médecin chef de Centre neuro-psychiatrique

On comprend d'habitude sous le nom de *crises épileptiformes*, les états convulsifs symptomatiques à type tonique ou clonique, prenant le masque comitial, alors qu'on réserve la dénomination de *crises d'épilepsie* à celles dont l'étiologie est ignorée, ou à tout le moins incertaine.

Parmi ces syndromes de cause connue, les crises d'origine alcoolique paraissent mériter plus qu'une simple mention.

Il est bien entendu qu'un alcoolique peut en même temps être épileptique, et il y a, en effet, des crises comitiales authentiques chez de non moins authentiques alcooliques.

La crise épileptiforme due à l'éthylisme survient, soit chez un sujet en état d'ivresse aiguë, soit chez un individu qui a ingéré des quantités de boissons spiritueuses supérieures à celles qu'il peut supporter. La caractéristique de ces accès est d'être toujours liés à une intoxication alcoolique plus ou moins apparente et de disparaître radicalement, dès que, et aussi longtemps que, le sujet est sevré d'alcool.

On sait que la crise d'épilepsie classique, précédée du cri initial avec pâleur subite et perte brusque de connaissance, se compose de deux phases : la première tonique, la deuxième clonique, à laquelle fait suite un état d'obnubilation avec respiration stertoreuse pouvant aller jusqu'au sommeil complet. Le sujet ne se souvient jamais de son accès.

La crise épileptiforme alcoolique est une crise d'épilepsie tronquée, incomplète. L'élément tonique, sous-cortical, fait défaut ; seul s'affirme l'élément clonique d'excitation corticale. Il n'y a pas de cri initial, mais chute avec perte de connaissance. La morsure de la langue, dont on retrouve facilement les traces, est constante ; un peu d'écume vient sourdre aux lèvres. On ne note pas d'énurèse. L'amnésie rétro-antérograde existe, au même titre que dans la crise d'épilepsie la plus nette.

Nous avons observé de nombreux cas de crises chez les alcooliques : elles nous ont paru constamment réaliser le type que nous avons décrit. Leur différenciation d'avec l'épilepsie vraie est facile et ne saurait longtemps prêter à confusion.

Quelle est leur pathogénie ? Y a-t-il une fixation momentanée du toxique sur les cellules pyramidales du cortex psychomoteur, l'alcool agissant alors de la même manière que l'excitation électrique de ces cellules ? S'agissant d'un spiritueux de bonne qualité, la réaction serait d'ivresse avec ébriété ou avec narcolepsie. Mais l'alcool amylique, les essences interviennent qui provoquent une crise épileptiforme, exclusivement chlonique. Un spasme artériel limité, suivi d'anémie élective du territoire de la sylvienne semble moins probable.

Quoi qu'il en soit, nous résumons ainsi les caractères de la crise épileptiforme alcoolique.

Symptômes positifs :
1° Chute avec perte de connaissance ;
2° Convulsions cloniques généralisées ;
3° Morsure de la langue ;
4° Phase soporeuse.

Symptômes négatifs :
1° Ni cri initial, ni pâleur de la face ;
2° Pas de contractions toniques ;
3° Pas d'émission d'urine.

Le traitement est facile puisque, comme on l'a dit, la suppression pure et simple des liquides alcooliques suffit à arrêter les crises. Nos malades qui ne recevaient comme boissons que de l'eau, de la limonade et du lait, sans nulle médication calmante du système nerveux, cessaient presque immédiatement d'avoir des accès.

La mise en évidence des crises épileptiformes alcooliques et leur identification est d'un gros intérêt médico-militaire. Les sujets atteints de crises comitiales vraies et dûment constatées doivent être mis en réforme définitive. Il n'en sera pas de même des hommes présentant des crises épileptiformes alcooliques, qui disparaissent dès que le sujet cesse de s'intoxiquer. Ainsi se trouve évitée une perte notable d'effectifs. Evidemment, l'aptitude militaire de ces soldats reste un peu diminuée. Il n'y a pas à s'illusionner sur le résultat des conseils d'abstention qu'on leur prodigue. Soumis à une certaine surveillance, ils peuvent néanmoins faire leur service. Il serait du reste monstrueux qu'un individu qui commet la lourde faute de se laisser aller à la boisson, se trouve relevé de son devoir militaire, du fait d'accidents nerveux dont il est responsable et qu'il peut éviter.

A ce propos, une incursion dans le domaine si controversé de la lutte antialcoolique ne paraît pas inutile. La guérison de l'alcoolisme est une question de volonté, et il faut reconnaître que les hommes qui boivent manquent d'énergie à réagir. S'ils essaient, il s'agit d'une velléité qui ne saurait être durable. Ce sont des abouliques. C'est une des raisons pour lesquelles l'alcoolisme invétéré n'est pas curable. Il faut donc que l'entourage, que les Pouvoirs Publics fassent aux lieu et place du malade, montre de cette volonté. Privé en effet d'alcool, le sujet fera tout ce qu'il dépendra de lui pour s'en procurer, et, jusqu'à présent, on n'a guère pu guérir les ivrognes.

Toute activité antialcoolique sera donc préventive.

Les méthodes dont elle s'inspire, sont d'ordre hygiénique et d'ordre législatif. Hygiéniques, elles consisteront à faire l'éducation des enfants, en essayant de les soustraire à des exemples familiaux souvent fâcheux. Non seulement, il faut les prévenir, les instruire des dangers de l'alcool, sans rien dramatiser, sans outrer le tableau, mais il faut aussi leur faire contracter des habitudes de tempérance. Au lieu de les accoutumer à boire du vin en quantité excessive, des spiritueux ou des alcools, on développera en eux le goût des boissons à base de jus de fruits non fermentés. Bien préparées, elles seront agréables au goût, faciles à digérer et contribueront mieux que les spiritueuses à améliorer la ration alimentaire.

Faut-il pour cela supprimer le vin ? Ce serait aller à un excès contraire. On ne tolérera que la fabrication de bon vin provenant de vignes de qualité, on évitera son ingestion dans le jeune âge, on le préconisera en quantité modérée. On interdira la vente des essences, anis, etc., on limitera strictement la consommation de l'eau-de-vie. Qu'on ne nous dise pas que, par la réglementation de l'emploi des boissons alcooliques, on attente à la liberté. On n'a pas la liberté de conduire une nation au suicide. Dans un rapport présenté à la Chambre, M. le Dr Gout, député, a montré l'intérêt pour le viticulteur, qui n'y perd rien, de la fabrication des jus de fruits. Ces derniers sont couramment consommés dans les pays nordiques et en Suisse, où le nombre des alcooliques a énormément diminué.

Qu'on n'invoque pas davantage, d'une manière qui manque de franchise, les intérêts de l'Etat prélevant des impôts rémunérateurs sur les marchands d'alcools, de spiritueux et sur les débits de boissons. Le rapport de ces impôts est certainement très inférieur aux dépenses effrayantes que représente l'entretien d'hôpitaux, d'asiles, de prisons ou encore le manque à gagner dû à l'incapacité prolongée de travailler, voire la mort rapide du sujet. Nous ne signa-

lons que pour mémoire la triste descendance des alcooliques, constituée de dégénérés, de fous ou d'épileptiques.

Il importe d'établir un règlement dans l'utilisation des récoltes fruitières en équilibrant la fabrication du vin et des jus non fermentés, en utilisant les fruits restant à produire beaucoup d'alcool industriel et peu d'alcool de consommation.

Les mesures législatives consisteraient à appliquer la loi sur l'ivresse, refondue en 1917. On n'attendra pas grand effet d'une limitation encore plus complète du privilège des bouilleurs de crûs, non plus que du nombre des débits de boissons.

(Autorisation sous n° 323 du 13 mars 1940).

TROIS CAS DE CRISE D'ASTHME APPENDICULO-OVARIEN

Par E.-A. Dariau

L'asthme réflexe est connu depuis longtemps. On l'oppose à l'asthme « tout court » dont l'origine est manifestement liée à l'appareil respiratoire. Cet asthme réflexe est sous la dépendance d'une excitation du système vago-sympathique se produisant à distance. Le déclenchement nerveux se superpose sans doute à un choc humoral du type colloïdoclasique, peut-être aussi à un trouble endocrinien plus ou moins complexe ; il semble cliniquement plus important qu'eux, plus efficient ; il se place ainsi au premier rang.

Le réflexe peut partir d'une zone quelconque de l'organisme : amygdales, plèvre, rhino-pharynx, etc. Nous n'envisagerons cependant que les cas par nous observés et qui rentrent dans la classification que voici :

1° *L'appareil génital est en cause.* — Il s'agit de malformations utérines, d'annexites, de kystes de l'ovaire, de périviscérites. Le réflexe se traduit surtout au voisinage des règles, à l'époque de la formation ou de la ménopause, en toutes circonstances où l'ovaire voit sa physiologie se modifier.

2° *C'est le tube digestif qui est en cause.* — Estomac, côlon, appendice, vésicule biliaire. L'aérophagie, l'aérocolie, les parasites, les lésions ulcératives ou hyperplasiques sont couramment évoquées. On ne saurait omettre l'influence considérable des ptoses viscérales et des adhérences, que ces dernières soient spontanées ou post-opératoires.

Notre intention n'est pas de retracer ici la pathologie de tels accidents. Aussi bien, personne n'ignore actuellement les travaux de Widal et de son école, ni le rôle que peuvent remplir dans les troubles qui nous occupent les disfonctions endocriniennes et sympathiques. Plus simplement, et en dehors de toutes considérations pathogéniques, nous tenons à rapporter quelques cas d'asthme réflexe que les hasards de la clinique nous ont fait rencontrer : deux à point de départ appendiculaire, un autre à point de départ ovarien.

Nous dirons ensuite, à titre de conclusion, pourquoi ces observations comparables à d'autres déjà connues, se sont présentées avec des caractères spéciaux tels que leur publication nous a paru légitime. Sans valeur pour le physiologiste à qui elles n'apprendront rien, elles nous paraissent au contraire fort instructives pour le chirurgien, en raison de leur intérêt doublement pratique : diagnostique et thérapeutique.

Première observation

Odile C..., 17 ans, a toujours eu une santé parfaite. Toutefois, dans son passé, on trouve une rougeole à 7 ans, une bronchite grippale à 12 ans. A noter que la malade présente depuis l'enfance de l'incontinence d'urine nocturne.

La mère a été tuée au début de la guerre de 1914 d'un éclat d'obus.

Le père est bien portant.

Il y a trois mois, férue de sports, cette jeune fille campe sous bois. Elle est réveillée dans la première partie de la nuit par une crise dyspnéique avec larmoiement, éternuements répétés, douleurs violentes dans le côté droit de l'abdomen. Cette crise qui dure environ deux heures laisse la malade très abattue. Une toux persistante s'installe dans les jours qui suivent. C'est à ce moment que nous sommes appelé.

La patiente excessivement dyspnéique se plaint surtout de sa douleur de la fosse iliaque. Elle a vomi deux fois depuis le début de ces accidents, « sous les efforts de la toux », dit-elle. Et c'est encore à ces efforts de toux qu'elle attribue son point douloureux.

En raison de la difficulté de la respiration et de l'instabilité de la malade, l'examen est vraiment malaisé. Dès que notre main approche de la région appendiculaire, la crise dyspnéique s'accentue. La contracture pariétale est accusée surtout au niveau de la zone appendiculaire. Le toucher rectal montre un empâtement douloureux de cette région. La température est à 38°, le pouls rapide, mais de bonne qualité.

Nous posons le diagnostic d'appendicite et nous nous demandons s'il ne s'agit pas là d'une de ces crises asthmatiformes réflexes sur lesquelles Gutmann a attiré l'attention il y a quelques années, d'autant que la malade n'a jamais eu antérieurement la moindre dyspnée.

Nous pratiquons une piqûre de pantopon et revoyons la patiente quatre heures plus tard.

Sous l'action sans doute de l'opium, la crise respiratoire a disparu. La température est à 38°2 et l'examen plus facile révèle cette fois une défense très nette de la zone de Mac Burney. L'opération proposée est acceptée par la famille et pratiquée le lendemain.

Anesthésie générale à l'éther. Incision de Jalaguier. Ablation d'un appendice volumineux, renflé en masse à son extrémité, contenant du pus que l'examen attribue au colibacille. Section de l'appendice au thermocautère après ligature et écrasement. Ligature du méso. Pas d'enfouissement du moignon. Lavage à l'éther du foyer opératoire. Suture pariétale, plan par plan sans drainage.

Les suites opératoires sont normales, exception faite d'une miction involontaire dans le cours de la première nuit. L'incontinence a définitivement disparu depuis l'intervention.

Deuxième observation

C..., 23 ans, sujet roumain, étudiant à la Faculté des Lettres de l'Université de Paris, nous fait appeler d'urgence.

Nous le trouvons dyspnéique à l'excès, arquebouté sur son lit, le regard anxieux, expectorant sans cesse une salive épaisse, albumineuse.

Il se plaint surtout d'une douleur généralisée à tout l'abdomen qu'il attribue lui aussi à ses « efforts de toux » qui « le démoralisent ».

Cette crise, la première que le malade ait jamais éprouvée, est survenue assez rapidement en pleine santé appa-

rente, après, cependant, quelques jours d'anorexie et de constipation.

Nous souvenant du cas précédent, nous cherchons, mais en vain, à réveiller une douleur au point de Mac Burney. L'abdomen, continuellement secoué ne se laisse que très difficilement palper.

La température est à 37°8. Etant donné l'aspect cyanotique du visage, l'idée nous vient de la possibilité d'une malformation cardiaque ; mais l'examen radiologique pratiqué par notre ami Jouveau-Dubreuil infirme cette hypothèse. Le taux de l'urée sanguine est voisin de o gr. 40. L'examen des crachats n'a pas été fait.

L'adrénaline sous forme de « sérum de Hecquel », puis une piqûre de pantopon pratiquée deux heures plus tard n'amènent qu'une sédation relative. Le lendemain matin, le malade vomit un peu de bile. L'examen clinique devenu plus aisé révèle alors un empâtement léger de la région appendiculaire perceptible à la palpation de la paroi et au toucher rectal.

Intervention sous anesthésie locale à la novocaïne à 2 %. Découverte facile d'un appendice volumineux, rouge foncé. Ablation après ligature et écrasement. Stérilisation du moignon au thermocautère, pas d'enfouissement. Fermeture de la paroi plan par plan sans drainage, après lavage à l'éther de la région iléo-cœcale. A noter la présence d'un peu de liquide clair dans le péritoine.

Suites opératoires normales. L'accès asthmatique a disparu dans les deux heures qui ont suivi l'opération et ne s'est jamais renouvelé depuis. L'intervention remonte à dix-huit mois.

Troisième observation

Mme G..., 24 ans, a toujours joui d'une excellente santé. Mariée à 20 ans, elle a, quinze mois plus tard, accouché normalement d'un enfant bien portant. Scarlatine à 8 ans sans séquelle.

Une nuit, je suis appelé auprès de cette malade qui souffre depuis quelques heures dans tout l'abdomen, mais spécialement dans la fosse iliaque droite. Un vomissement biliaire s'est produit. La température est autour de 37°5. Le sujet a l'impression que son ventre augmente progressivement de volume. Les règles remontent à quelques jours, elles ont été normales quant à leur date d'apparition et quant à leur durée.

Inspection. Femme instable, geignant continuellement, difficile à examiner et paraissant souffrir vraiment.

Le toucher vaginal permet cependant de percevoir nettement une saillie arrondie dans le cul-de-sac droit. La main qui palpe l'abdomen apprécie le volume de cette masse comparable à celui d'une orange, surplombant nettement la symphyse. L'utérus est rejeté vers la gauche. La fosse iliaque droite est mate à la percussion, le reste de l'abdomen parfaitement sonore. Il doit s'agir d'un kyste de l'ovaire en voie de torsion.

Mais ce qui frappe le plus au cours de cet examen, c'est, d'une part, l'aspect cyanotique de la malade, et, d'autre part, sa respiration bruyante, pénible qu'accompagne de temps en temps une expectoration épaisse, blanchâtre, albumineuse. Il est clair qu'on se trouve en face d'une crise d'asthme, la première du reste qu'ait présentée la malade.

Un centigramme de chlorhydrate de morphine injecté sous la peau amène quelque répit et permet un nouvel examen plus aisé confirmant de tous points le diagnostic déjà posé.

Intervention. Asthénie générale au balsoforme. Laparotomie médiane sous-ombilicale ; position renversée, protection des anses intestinales, exploration du petit bassin. L'utérus est rejeté sur la gauche. Un kyste ovarien gros comme une orange apparaît, dont le pédicule parti de l'ovaire droit est nettement tordu. Exérèse rapide du kyste et de l'ovaire droit. Appendicectomie de circonstance. Suture pariétiale en 3 plans, sans drainage. Les suites opératoires ont été normales, abstraction faite d'une élévation thermique le soir de l'intervention atteignant 39° et accompagnant une reprise de l'accès asthmatiforme que calme rapidement et définitivement une piqûre de sédol.

Cette observation remonte à cinq ans. Aucune manifestation d'asthme ne s'est reproduite depuis.

CONCLUSIONS

Ces trois observations bien que différentes, se superposent dans notre esprit et s'y confondent. Dominant l'aspect clinique, une crise d'asthme initiale, intense prolongée nous a masqué, plusieurs heures durant, deux fois un syndrome inquiétant d'appendicite aiguë, une fois un syndrome assez grave de torsion pédiculaire.

Nos malades ont guéri, parce que, au total, le diagnostic a été fait un peu tardivement certes, mais assez tôt cependant pour que l'acte opératoire, non différé, ait pu remettre tout en ordre.

Nos conclusions sont les suivantes : en présence d'une crise d'asthme, surtout s'il s'agit d'une crise initiale, il importe de penser à la possibilité d'une épine déclenchante partie d'un foyer appendiculaire ou ovarien.

La recherche patiente et répétée sous cet asthme bruyant d'une atteinte appendiculaire cachée, d'une torsion kystique ébauchée mènera au diagnostic et par suite à l'opération curatrice.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

LE CHENOPODIUM ANTHELMINTHICUM. SON EMPLOI CHEZ L'ENFANT

Par L. Babonneix

Membre de l'Académie de Médecine

L'essence ou huile de Chenopodium est extraite du *Chenopodium anthelminthicum* ou *ambrosioïdes* L., plante originaire du Mexique, qui a ensuite étendu son domaine sur presque toute l'Amérique, et qui, introduite en Europe après la découverte de Christophe Colomb, est aujourd'hui largement cultivée dans notre Midi.

Pour en extraire l'essence, on distille dans la vapeur d'eau les feuilles, les fleurs et surtout les sommités au moment de la maturation : on obtient ainsi un liquide incolore ou légèrement jaunâtre, brunissant à la longue, à odeur désagréable et camphrée, à saveur légèrement amère et brûlante. Insoluble dans l'eau, elle est soluble dans 3 à 10 volumes d'alcool à 70°. Son principe actif est l'Ascaridiol, de formule $C^{10} H^{16} O$: corps assez instable, et dont il y a plus ou moins suivant l'origine de l'essence, en moyenne de 50 à 60 %, si l'on emploie la technique de Nelson, consistant à distiller l'essence sous pression réduite.

Les expériences de Brüning (1905) ont montré que, mise en contact avec des ascaris conservés vivants dans le liquide de Bunge à 37°, une dilution d'essence de Chenopodium au 1/5.000^e suffit à les immobiliser au bout de deux heures, cette action cessant par addition d'eau tiède.

Chez l'homme, le produit agit principalement sur les muqueuses intestinales, qu'il congestionne et dont il favorise l'hypersécrétion, mais aussi ; 1° sur le système ner-

veux, qu'il excite, puis paralyse, ses effets portant surtout sur le nerf acoustique; 2° sur l'hémoglobine du sang, qu'il transforme en méthémoglobine. Son action sur le rein est négligeable. Sa toxicité est accrue chez les sujets en état de moindre résistance, diminuée, au contraire, par l'adjonction, au régime, de glucides. La résorption a lieu par la voie intestinale. L'élimination par la voie rénale est lente, donnée capitale et qui, toujours, doit être présente à l'esprit du médecin.

Déconseillé, chez l'enfant, par Marion et Bouchut, chassé du Codex de 1908, il ressuscite grâce aux recherches de Brüning, de Rostock, qui prescrivait à l'enfant 11 gouttes par année d'âge, plusieurs jours de suite. On ne donne plus, aujourd'hui, qu'un goutte par année d'âge, trois fois dans la journée, à une heure d'intervalle. Les diverses préparations titrant, au cm³, de XVIII à LXX gouttes, suivant les cas, il convient de proscrire les compte-gouttes et de n'employer que des capsules rigoureusement dosées, à raison de deux centigrammes par année, en gélatine dure.

Avant d'instituer la cure, il faut procéder à un examen complet du petit malade, pour s'assurer qu'il n'existe pas de contre-indications : lésions du nerf auditif, gastro-entérite, etc. On s'abstiendra de la prescrire à des enfants trop jeunes ou « délicats ». La fraîcheur du produit sera vérifiée au préalable. La veille du jour où on doit l'administrer, diète lactée mitigée. Pendant toute la durée du traitement, repos au lit jusqu'à l'effet purgatif obtenu par l'administration de sulfate de magnésie. Une deuxième purge peut, au besoin, être donnée au bout de 4 heures, mais on ne tentera une deuxième cure de Chenopodium qu'au bout de deux semaines.

Quels sont les accidents à redouter? D'après M. Max Demaugre, qui leur consacre une bonne monographie (1), la question n'a, jusqu'à présent, guère retenu l'attention des spécialistes. Pour le professeur Brumpt, les rares cas d'intoxication mortels publiés sont dus, le plus souvent, à des fautes de technique, des centaines de milliers de gens étant traités annuellement dans les régions tropicales par les diverses missions de la fondation Rockfeller. MM. Joyeux et Sicé insistent sur l'étroitesse de la marge qui sépare la dose utile de la dose toxique, et exigent, préalablement à toute cure, un examen otologique. M. Desoille rappelle les troubles sensoriels. Seuls, et dès 1850, les médecins américains, puis allemands, signalent les cas mortels, qui ont fait, dans ces dernières années, l'objet de nombreuses études.

Lorsqu'on donne correctement du Chenopodium, il peut survenir des troubles divers : vomissements immédiats, céphalée légère, rougeur et picotements des paumes et des plantes. A-t-on commis quelque faute de technique, alors apparaissent des bourdonnements d'oreilles, véritable signe d'alarme, commandant la cessation immédiate et définitive du traitement, puis surdité plus ou moins complète et vertiges, phénomènes observés par Roth, utilisant, il est vrai, l'essence américaine à fortes doses, dans 20 % des cas : ces phénomènes auriculaires durent parfois un certain temps, puis ils s'effacent, les signes vestibulaires avant les signes cochléaires : d'autres fois, ils persistent indéfiniment. Le pronostic devient franchement mauvais lorsqu'aux signes auditifs viennent s'adjoindre des troubles digestifs et nerveux. Aux premiers, appartiennent les douleurs abdominales, les nausées et vomissements répétés, la constipation, aux seconds, le délire, la somnolence, les convulsions, les paralysies flasques, le coma fébrile, la mydriase, le ralentissement du rythme respiratoire, l'amblyopie, les hallucinations visuelles, l'atrophie optique bilatérale persistante.

(1) Max-Jean-Henri Demaugre. Sur les dangers, chez l'enfant, de l'essence de Chenopodium anthelminthicum (Th. Paris, 1939, in-8° de 44 p., Kalousdian, éditeur).

D'autres fois, ce sont les complications rénales qui dominent : œdèmes et hématuries, oligurie, azoturie, comme dans un cas de l'auteur. Généralement, les signes cardio-vasculaires se réduisent à la tachycardie et à l'hypotension. Cependant, dans le cas déjà cité, les phénomènes de purpura hémorragique, auquel il faut peut-être rattacher les hémorragies rénales, passèrent au premier plan. M. Demaugre insiste avec raison sur le caractère congestif et hémorragique des lésions occasionnées par le Chenopodium, et montre que dans les cas mortels elles sont presque constantes. En ce qui concerne leur cause, il faut incriminer, selon les cas, l'administration du médicament à trop fortes doses ou à des enfants trop jeunes, ou la prolongation du traitement; l'absence de purge, l'existence de tares, tel l'état thymo-lymphatique (Rhyner), le manque de repos et de diète, l'administration, comme purge, d'huile de ricin, l'altération à l'air, de la drogue, la fabrication défectueuse du produit, ou même de véritables falsifications. D'autres fois, il s'agit (Fiessinger) de cataphylaxie viscérale, un nouvel apport toxique lésant gravement des organes déjà sensibilisés par une première atteinte. Dans la statistique de Preuschoff, la mortalité est à 73 %, en ce qui concerne les enfants. Mêmes résultats de la part de Biesin. M. Max Demaugre conclut donc que l'essence de Chenopodium, médicament dangereux, ne doit être utilisée chez l'enfant que comme un pis aller en cas d'ascaridiose ou d'ankylostomose intense et rebelle aux autres vermifuges correctement prescrits, que, pour en obtenir de bons résultats, il faut tenir compte des règles ci-dessus indiquées, et qu'en présence d'une parasitose peu gênante (oxyures, trichocéphales), elle doit être rigoureusement proscrite.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 6 mai 1940

Influence de la vapeur d'eau sur l'activité des poudres de virus rabique. — MM. Paul Remlinger et Jacques Bailly.

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 21 mai 1940

M. le Président. — Depuis notre dernière réunion, les Allemands ont déchaîné la plus formidable des batailles. Nos soldats, avec le plus grand courage, s'opposent à l'envahisseur et défendent le sol de la patrie.

En votre nom, j'adresse à ceux qui luttent le témoignage de notre gratitude et de notre admiration. (*Applaudissements.*)

Notice nécrologique sur M. Hallion, par M. Binet.

Rapport sur des demandes en autorisation de sérums. — M. Lemierre.

Influence de la dessication sur la végétabilité du bacille tuberculeux dans les expectorations. — MM. Fernand Bezançon, Paul Braun et André Mayer. — Dans une communication antérieure, les auteurs ont montré la rareté des bacilles dans les poussières provenant de salles de services spécialisés de tuberculeux et sur les objets dont se servent les malades.

De toute une série d'expériences nouvelles, entreprises pour vérifier par la méthode de cultures sur milieu de Petragnani Lœwensten, la végétabilité comparée des bacil-


UNE CURE
IODÉE
XX GOUTTES AVANT
CHAQUE REPAS
IODONUCLÉOL
SANS DANGER
D'IODISME
Cr. Office d'Éditions d'Art
J. EURY, Docteur en Pharmacie
LABORATOIRE MAUCHANT
GENNEVILLIERS (Seine)

les provenant de crachats restés humides à l'abri de la lumière et de bacilles provenant de crachats desséchés dans une chambre lumineuse, il résulte qu'alors que la végétabilité persiste plus de vingt-cinq jours dans les crachats maintenus à l'abri de la lumière, elle disparaît vers la cinquante-cinquième heure dans les crachats desséchés après exposition à la lumière.

Le fait important est que dans l'un et l'autre cas la végétabilité cesse au moment où s'accomplit la dessication.

Les auteurs signalent que dans les crachats desséchés, le bacille cesse d'être colorable et visible à peu près en même temps qu'il perd sa végétabilité.

Les recherches des auteurs confirment l'opinion déjà soutenue par Cadeau et Mallel, par Calmette, en particulier, du faible rôle des crachats desséchés dans la contagion tuberculeuse.

Ils insistent sur la sensibilité du bacille tuberculeux à certaines conditions physiques, telle que le besoin d'humidité, à côté de sa résistance relative à la chaleur et aux antiseptiques.

La facilité avec laquelle le bacille est détruit dès qu'il est en milieu desséché explique son peu de persistance dans les locaux habités par les tuberculeux et le peu de rôle que joue les intermédiaires dans la contagion. Celle-ci est une contagion directe, intermédiaire où les crachats humides jouent le rôle prépondérant.

De la nécessité de généraliser la vaccination antidiphtérique sans attendre l'apparition des épidémies. — M. Lesné expose à la suite d'une enquête sur place, que les incidents et les soi-disants échecs de la vaccination antidiphtérique signalés au cours d'une épidémie, correspondent en réalité à une mauvaise interprétation des faits cliniques, et ne résistent pas à une critique objective et précise. Il émet les conclusions suivantes :

1° *La vaccination antidiphtérique en cours d'épidémie n'est certes pas dangereuse, elle ne sensibilise pas les sujets, elle ne diminue pas leur résistance, mais elle risque souvent d'être trop tardive pour éviter la contamination, car l'immunité n'apparaît pas immédiatement après les injections d'anatoxine.*

Il ne faut donc pas attendre l'apparition d'une épidémie pour immuniser les enfants.

2° *L'application de l'obligation légale ne doit pas être différée ; elle apparaît comme le seul moyen de rendre la vaccination antidiphtérique efficace, d'assurer dans les meilleures conditions la prophylaxie de la diphtérie, et d'arriver à la disparition de cette grave affection.*

L'Académie vote ces deux conclusions et, sur la demande de M. Jules Renault, vote à nouveau le vœu présenté à la séance du 3 octobre 1939.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 22 MAI 1940

La séance du 15 mai n'a pas eu lieu.

M. Mocquot, président, annonce la mort de M. Alfred Pousson de Bordeaux.

Supériorité des solutions d'antitoxine tétanique sur les sérums bruts dans la pratique de la prophylaxie du tétanos. — MM. Jeanneney, Sarroste et Fauvert, communication lue par M. Mondor.

Etant donné la fréquence des accidents sériques secondaires aux injections de sérum antitétanique, très riche en protéines, les auteurs ont utilisé, depuis janvier 1939, la solution d'antitoxine tétanique de M. Ramon. Ils ont traité 153 blessés, dont 60 ont été évacués trop précocement pour permettre une conclusion ; 2 seulement ont eu des accidents sériques légers et précoces, les 91 autres n'ont présenté aucun accident sérique. Par ailleurs, ils ont constaté 20 cas d'accidents sériques chez des blessés témoins traités par le sérum ordinaire. On peut en conclure :

La solution d'antitoxine ne provoque que très rarement (1,5 %), la maladie sérique, très exceptionnellement des accidents anaphylactiques.

Elle a la même valeur *immunisante* que le sérum.

Elle lui est supérieure par sa *maniabilité*, par son *inocuité immédiate* et *secondaire*.

M. Lenormant. — La solution d'antitoxine marque un progrès considérable sur le sérum. La concentration peut être très élevée. De plus, on peut associer sérum antigangréneux et solution d'antitoxine.

M. P. Duval a utilisé la solution d'antitoxine dans son service depuis trois mois sans accident.

Solution d'antitoxine tétanique et prophylaxie des accidents sériques dans la prévention du tétanos. — M. G. Ramon. — Communication lue par M. Mondor.

En utilisant l'antitoxine tétanique et certaines substances sensibilisantes chez les chevaux antérieurement vaccinés contre le tétanos, on peut obtenir des sérums très riches en antitoxine tétanique, qui permettent de préparer une solution d'antitoxine, dont la teneur en protéines peut être 10 et 20 fois moindre que celle du sérum brut. C'est une solution stable, qui donne une immunité relativement longue ; ne provoque ni réaction locale ni réaction générale chez l'animal ; son pouvoir déchaînant est très inférieur à celui du sérum. Sur l'homme, la proportion de réactions enregistrées est infime (150 observations). Ainsi, peut-on assurer la prévention d'urgence du tétanos chez le blessé non vacciné et la prophylaxie des accidents sériques.

M. P. Duval. — La prévention par l'antitoxine ne doit jamais faire supprimer la vaccination préventive; il faut faire les deux.

Présentation de pièces. — Projection de fractures de la diaphyse fémorale (contention par appareillage spécial), par M. Lamare.

Rapport. — Sur un travail de MM. Guillaume et Garcin : **Traumatismes fermés du crâne**, par M. de Martel. — Les conclusions du travail sont les suivantes : s'il s'agit d'un malade comateux, faire une exploratrice par la méthode de Cushing, pour découvrir un hématome extra ou intra-duremérien. S'il s'agit d'un malade seulement obnubilé, faire une encéphalographie, dans les cas les moins graves la ventriculographie est pratiquement moins dangereuse.

Rapport. — Sur un travail de MM. Guillaume, Lubin et Sayous : **Traitement des fractures de l'odontoïde avec luxation occipito-atloïdienne**, par M. de Martel.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 10 MAI 1940

Série de cas de méningite cérébro-spinale traités par le 693. — MM. Boudet, Broca et Mlle Fabre. Tous ces cas ont guéri. Il n'a été observé que deux complications, l'une d'une éruption à type d'érythème polymorphe que les auteurs croient pouvoir rattacher à l'usage du 693. La seconde complication consiste en une paralysie temporaire portant sur le membre inférieur gauche, actuellement guérie, mais ayant laissé comme séquelles une paralysie légère du sciatique poplité externe.

M. Celice insiste sur la nécessité de ne pas employer d'une façon concomittante le sérum et les sulfamides. On doit d'abord tenter la sulfamidothérapie et en cas d'échec de la sulfamidothérapie la sérothérapie amène des résultats rose bengale.

Etude sur le blocage de la sulfamide au cours de la sulfamidothérapie. Possibilité de déblocage par le rose bengale. — MM. A. Germain, P. Moraud, G. Caution. — Elimination sulfamidée chez 2 sujets soumis à l'ingestion quotidienne de 4 gr. de 1162 F et à plusieurs ingestions de rose bengale.

Les auteurs concluent à la fixation de la sulfamide par le tissu réticulo-endothélial, surtout hépatique (coïncidence avec une sulfo-conjugaison active) et à la double action élective du rose bengale. Ce colorant débloque rapidement la sulfamide retenue et limite la fixation des nouveaux apports. Cette technique peut rendre de précieux services dans le cas de blocage massif au début du traitement d'une méningite aiguë, éventualité très grave.

La tétanie de la sprue nostras. — MM. Turpin, Guillaumin, Lafon. — Observation d'une malade chez qui la sprue nostras se manifestait par une alternance de périodes de tétanie et de périodes d'anémie avec troubles digestifs pendant quatre ans.

Ils ont retrouvé les signes essentiels de cette maladie : stéatorrhée, avec un bon dédoublement des graisses, aplatissement de la courbe d'hyperglycémie provoquée par voie digestive.

La mobilité et les sécrétions du tractus gastro-intestinal s'étant révélées normales, c'est à un trouble de la résorption des lipides et des hexases qu'il faut rapporter la maladie.

Ce trouble de résorption explique tous les symptômes : cachexie, anémie (qui, dans leur cas était assez proche par des signes hématologiques de l'anémie de Burnier), carences frustes, tétanie (par précipitation dans l'intestin sous forme de savons insolubles du calcium ingéré).

En outre, l'étude du métabolisme phospho-calcique a une insuffisance parathyroïdienne.

Sur un cas d'hémopneumothorax spontané. — MM. Rist et Worms. — Observation d'un hémopneumothorax gauche survenu en pleine santé chez un homme de 36 ans indemne de tout antécédent pathologique. L'hémorragie pleurale très abondante a déterminé un état de collapsus alarmant qui n'a cédé qu'à deux transfusions sanguine. Il est vraisemblable que le sang provenait d'une adhérence rompue plusieurs heures après la perforation d'une bulle sous-pleurale.

Une irradiation douloureuse rapportée dans la région précordiale, le moignon de l'épaule et la cuisse témoignait de l'irritation des ramifications du nerf phrénique situé dans le revêtement pleural et péritonéal du diaphragme. Le sang était incoagulable.

Malgré le collapsus total du poumon, la dyspnée ne s'est jamais accompagnée de cyanose ; si diminuée que fût la ventilation pulmonaire, elle suffisait encore à saturer d'oxygène, la faible quantité d'hémoglobine en circulation.

Atlas d'anatomie et de médecine opératoire du labyrinthe osseux, par le Dr Louis Girard, ouvrage couronné par l'Académie de Médecine, avec une préface du professeur H. Rouvière (3e édition) entièrement refondue et considérablement augmentée), 167 pages et 80 figures dans le texte, chez Maloine, à Paris, 1939.

Le corps jaune, étude biologique, clinique et thérapeutique, par H. Simonnet et M. Robey, avec une préface de L. Portes. — Un volume de 172 pages, avec 19 figures. Prix : 50 francs, chez Masson et Cie, 1939.

Les tumeurs osseuses du nez et des sinus, par le professeur C.-E. Benjamins (de Groningue). — Un volume de 306 pages (avec 103 illustrations, suivies d'analyses en allemand et en anglais, aux éditions Delmas, 6, place Saint-Christoly, à Bordeaux, 1938.

INFORMATIONS

(suite de la page 438)

Mader, 8e région ; Madjar, région de Paris ; Maillard, région de Paris ; Maisonneuve, 13e région ; Malafosse, 18e région ; Mamou, région de Paris ; Marcard, 9e région ; Margulies, région de Paris ; Marin, 15e région ; Marte, 1re région ; Marteil, 11e région ; Martin (C.), 14e région ; Martin (M.), 14e région ; Martin (P.), 14e région ; Marty, 16e région ; Mavier, 13e région ; Mayaux, 17e région ; Maymard 15e région ; Mazare, 14e région ; Mazel, 15e région ; Mazurier, 7e région ; Meiffret, 15e région ; Meillon, 18e région ; Melan, 15e région ; Menanteau, région de Paris ; Mercier, 4e région ; Mereau, 9e région ; Merian, 11e région ; Merlen, 1re région ; Metayer, 9e région ; Michaud, 3e région ; Michel, 13e région ; Michineau, 11e région ; Mion, région de Paris ; Miquel, 16e région ; Mistral, 15e région ; Mitaine, 14e région ; Moreau, 15e région ; Moru, 11e région ; Moscovici, 17e région ; Moustrou, région de Paris ; Nadiras, 4e région ; Naiman, région de Paris ; Nicaise, 7e région ; Nicollet, 14e région ; Noël, 6e région ; Normand, 9e région ; Odic, 20e région ; Ojard-Chillet, 15e région ; Pacalet, 15e région ; Pach, région de Paris ; Pages, 16e région ; Pagnien, région de Paris; Papegay, 18e région ; Patry, 4e région; Pelce, 1re région; Pellerat, région de Paris; Perdrix, 3e région; Peres, 17e région ; Perier, 3e région ; Petit, 15e région ; Peyronnier, 14e région ; Philippe, 14e région ; Pichon, 4e région ; Piette, 1re région ; Pillet, 3e région ; Poirier, 5e région; Poisson, 9e région ; Poucel, 15e région ; Poulain, 1re région ; Pouzet, 11e région ; Provensal, 15e région ; Puchelle, 2e région ; Puechguiral, 16e région ; Puy, 15e région ; Quiniou, 11e région ; Rabal, 15e région ; Rabinovici, 16e région ; Raibaudi, 15e région ; Razafindramasina, 14e région ; Reck, 6e région ; Refauvelet, 1re région ; Regnard, région de Paris ; Renault, 11e région ; Renondeau, région de Paris ; Renou, 15e région ; Reymond, 14e région ; Richard, 14e région; Ripoll, 18e région; Robin (F.), région de Paris ; Robin (J.), 8e région ; Robin (M.), 18e région ; de Rocca-Serra, 15e région ; Rochegude, 14e région ; Rocher, 5e région ; Rochiccioli, 15e région ; Rogan, 15e région ; Roger, 17e région ; Rosan, 19e région ; Roussel, 18e région; Rudaux, région de Paris; Ruyssen, 14e région; Saint-Prix, région de Paris ; Salaun,, 15e région ; Salesse-Lavergne, 13e région ; Salinesi, région de Paris ; Salzberger, région de Paris ; de Sambucy de Sorgue, 17e région ; Schmidt, 15e région ; Schneider, région de Paris ; Sénéchal, région de Paris ; Seroude, 13e région ; Simon, 7e région ; Solacroup, 19e région ; Spiegelblatt, 15e région ; Steinberg, région de Paris ; Stutinsky, 20e région ; Suspiugas, 16e région ; Tagnard, région de Paris ; Tajan, 17e région ; Tardin, 17e région ; Thaly, région de Paris ; Théophilides, 15e région ; Thevand, région de Paris ; Thiéry, 13e région ; Thoret, région de Paris ; Tirel, 11e région ; Torner, 19e région ; Tragan, 1re région ; Tranier, 15e région ; Tribalet, région de Paris ; Triolet, 8e région ; Tronel-Payroz, 14e région ; Trouvé, 4e région ; Vaissière, région de Paris ; Vanderstappen, 11e région ; Vangrevelinghe, 1re région ; Vaugier, 15e région ; Vazacopoulos, 17e région; Verbecq, 20e région ; Vernet, 7e région ; Viardot, région de Paris ; Vialard, 13e région ; Viaud, 11e région ; Vidil, 14e région ; Ville, région de Paris ; Vincelet, 3e région ; Wargnier, 1re région ; Wetterwald, région de Paris ; Wicart, région de Paris ; Willemin, 20e région ; Zaidman, 11e région ; Zamit, 19e région ; Zanot, 19e région ; Zermati, 19e région ; Zozol, 18e région.

Santé Publique. — *Contrôle de la fabrication des sérums et vaccins.* — Le *Journal Officiel* du 26 mai 1940 publie un décret renforçant le contrôle de la fabrication des sérums et des vaccins, notamment en faisant connaître de façon précise les personnes se livrant aux différentes opérations de cette fabrication.

Pour les médecins réfugiés. — Une permanence a été installée à la *Faculté de Médecine de Paris*, salle Béclard, pour recevoir les médecins réfugiés et, dans la mesure du possible, leur donner l'hospitalité chez des médecins parisiens.

— Les médecins assurant des services publics, les assistantes sociales et les infirmières, en provenance des départements de la région du Nord, sont invités à faire connaître au ministère de la Santé Publique, 7, rue de Tilsitt, à Paris, leur résidence nouvelle.

Pour les médecins belges. — Par suite d'un accord intervenu entre les ministères français et belge, les médecins belges actuellement en France sont invités à se faire connaître aux préfets des départements où ils résident, en indiquant leur situation et leurs titres universitaires ou hospitaliers. Ils recevront ensuite des indications pour leur utilisation professionnelle.

— D'autre part, *le ministre des Colonies* informe les docteurs en médecine belges ou originaires d'autres pays alliés, parlant français couramment, qu'un certain nombre d'emplois peut leur être réservé à titre contractuel dans nos colonies.

Ces médecins doivent être des praticiens de médecine générale et non des spécialistes. De plus, en raison du genre de services itinérants qui leur sera demandé, une constitution robuste sera exigée.

Les candidats pourront se présenter au ministère des Colonies, Direction des Services de Santé, 27, rue Oudinot, Paris (7e).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

Mardi 7 mai. — Jury : MM. Guillain, Tanon, Velter, Ameline. — M. Pêcher. Système nerveux central et éléments figurés du sang. — M. Mezei. Jean-Jacques Rousseau. Etude médico-psychologique. — M. Aloulou. Contribution à l'étude de la thérapeutique sulfamidée en médecine infantile. — M. Combes. L'ophtalmie sympathique et la guerre.

Mercredi 8 mai. — 1° Jury : MM. Couvelaire, Gosset, Aubertin, Moreau. — M. Hanoun. — Du thrombus pédiculé du vagin. — M. Quintesco. Sur l'un des mécanismes de la mort par hémorragie, l'anémie globulaire. — M. Allain. Les entérécolites segmentaires sténosantes hypertrophiques. — M. Chevalier. Contribution à l'étude des résultats éloignés de la phrénicectomie.

2° Jury : MM. Lemierre, Troisier, Mauclaire, Funck-Brentano. — M. Briatte. Contribution à l'étude du rôle de l'azotémie dans les accidents de la diphtérie maligne. — M. Gonfroy. La tuberculose des femmes castrées.

Jeudi 9 mai. — Jury : MM. Lereboullet, Gougerot, Laignel-Lavastine, Giroud. — M. Tzancoff. Essai de conception de la valeur de la réaction de Chick. M. Vandermarlière. Comportement des réactions sérologiques de la syphilis au cours de la sulfamidothérapie de la gonococcie. — Mlle Hallouin. Traitement de la blennorragie féminine par les injections intra-musculaires de 693 injectable (soludagenan). Traitement locaux des bartholinites, skénites et urétrites par injections locales de soludagenan. — M. Mady. Contribution à l'étude des thérapeutiques psychiatriques : l'insuline et le cardiazol dans les psychoses autres que la tchizophrénie. — M. Stern. Le syndrome hallucinatoire post-confusionnel.


A
D
GRANULÉ DOSIMÉTRIQUE RENFERMANT
LES VITAMINES NATURELLES
A. D. C. B1 B2
DE L'HUILE D'HALIBUT, DES STEROLS MARINS.
DE LA POMME D'ÉGLANTIER ET DES LEVURES SELECTIONNEES
A LA CONCENTRATION MAXIMUM
et dans leur équilibre naturel.
Pantamine
B1 B2
LABORATOIRES ROBERT & CARRIÈRE
A. TABART, Pharmacien
Docteur es Sciences Physiques
1 & 1 bis, AVENUE DE VILLARS
PARIS (7e) INV. 20-60
C
LEON ULLMANN - PARIS

Mercredi 15 mai. — Jury : MM. Baudouin, Loeper, Lévy-Solal, Clovis Vincent, Troisier . — M. Baron. Rôle de la bronchoscopie dans les abcès du poumon. — M. Jacquemart. Contribution à l'étude du traitement de l'anémie post-hémorragique. — M. Larédo. L'aspiration pleurale dans les complications du pneumothorax (technique et indications).

Jeudi 16 mai. — Jury : MM. Tanon, Léon Binet, Laignel-Lavastine, Grégoire, Moulonguet. — M. Loguay. A propos de deux curieux accidents du bimétallisme intra-buccal. — M. Suchestow. Les causes de la persistance de la syphilis (étude médico-sociale). — M. Guerniou. — Considérations sur les indications, le pronostic et les résultats du pneumotorax bilatéral artificiel. — M. Toguias. Contribution à l'étude des amaigrissements consécutifs à certains pneumothorax efficaces. — M. Champliau. La Faculté de Médecine de Pont-à-Mousson (1562-1769). — M. Fauvel. Contribution à l'étude du traitement du tétanos chez l'enfant.

Samedi 18 mai. — Jury : MM. Carnot, Lereboullet, Lemaître, Cunéo. — M. Lhenry. Echinococcose vertébrale et récidives post-opératoires. — M. Vendryes. Les conditions déterminées de Claude Bernard. — M. Bui Kien Tin. Le médecin en face du problème démographique d'Indochine. — M. Champagne. La gastro-entérostomie marginale précolique. — M. Roué. Contribution à l'étude de la spondylite traumatique ou maladie de Kummel-Verneuil.

THESE VETERINAIRE

Mardi 23 avril. — 1° Jury : MM. Tanon, Chelle, Pons. M. Pitrou. La soja.

2° Jury : MM. Lemaître, Bressou, Lombard. — M. Marchand. Symphyse maxillaire chez les mammifères.

Mardi 30 avril. — Jury : MM. Tanon, Hervieux, Verge. — M. Miggolet. Bases légales du contrôle hygiénique du lait.

Mercredi 1er mai. — Jury : MM. Gosset, Pons, Robin. — M. Hamon. Le cheval de Corlay.

Jeudi 9 mai. — MM. Laignel-Lavastine, Lombard, Maigon. — M. Jacob. Contribution à l'étude du goître : l'hypertrophie des thyroïdes chez le poulain côtier breton.

Vendredi 17 mai. — Jury : MM. Aubertin, Robin, Coquot. — M. Carluer. Nature anaphylactique de l'irido-cyclite primitive du cheval.

LIVRES NOUVEAUX

Manuel pratique de l'infirmière soignante, par Mlle M.-L. Nappée. Préface du Dr Delassus. 2e édition, revue, corrigée et augmentée. — Un volume de 400 pages avec 170 figures. Prix : 36 francs. Masson et Cie, éditeurs, Paris.

L'infirmière a besoin de connaître tous les préceptes, tous les procédés, toutes les ressources de l'art médical ; par contre la science ne lui est utile que dans la mesure où elle développe son intelligence et pour lui permettre d'éviter l'automatisme des gestes qu'on lui demande. De toute évidence, c'est le côté pratique qu'il convient de développer dans la formation à laquelle on la soumet.

C'est ce qu'à parfaitement compris Mlle Nappée, monitrice avertie de tous les détails ; elle a rédigé son livre dans un esprit et dans un but essentiellement pratiques, indiquant avec précision et concision les soins à donner aux malades, aux blessés, aux accouchées, aux contagieux. Le succès a d'ailleurs couronné ses efforts, puisque l'ouvrage a été épuisé en deux ans.

Le plan en est simple. Après un chapitre liminaire sur la mission de l'infirmière, Mlle Nappée prend le malade à l'hôpital, elle fait son lit, procède à sa toilette journalière, assure son alimentation suivant les prescriptions diététiques, surveille la respiration, le pouls, la température, les urines.

Après les indications de médecine courante, nous passons en chirurgie où la stérilisation, les pansements, les soins pré et post-opératoires retiennent toute notre attention. Ensuite, ce sont des notions sur l'anesthésie générale, un exposé des soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés, les précautions à prendre chez les contagieux, et quelques soins à donner d'urgence (fractures, hémorragies, etc.).

Une excellente table des matières termine ce volume, permettant de trouver rapidement la référence cherchée.

Bien que cette édition n'ait pas été transformée par rapport à la précédente, elle comporte toutefois quelques techniques de laboratoire destinées à la rendre conforme au nouveau programme officiel du diplôme d'Etat d'infirmière et d'assistante sociale. On y retrouvera, bien entendu, la même expérience de la profession, la même clarté de style, la même précision dans le détail.

Maladies mentales (études anatomo-biologiques), par L. Marchand, médecin honoraire de la Maison Nationale de Charenton-Saint-Maurice, médecin honoraire des hôpitaux psychiatrique de la Seine, chef du laboratoire d'anatomie pathologique à l'hôpital Henri-Rousselle, expert près le Tribunal de la Seine. — Un volume in-8° de 435 pages avec 86 micro-photographies. Prix : 100 fr. Amédée Legrand, éd., Paris.

Depuis le début du siècle, grâce aux nouvelles découvertes biologiques, d'immenses progrès ont été réalisés dans le domaine des maladies mentales; on a été ainsi amené à admettre comme ayant une base organique certaines psychopathies que jusqu'alors on considérait comme des psychoses sans lésions. Les recherches anatomo-pathologiques apportèrent un sérieux appoint à ces nouvelles tendances. Elles montrèrent que, en raison de la variabilité des lésions observées au cours d'un même syndrome, l'agent causal, sa nature, son mode d'action est secondaire; ce qui compte principalement, c'est le type réactionnel cérébral qui dépend de l'âge du sujet ou plutôt de son degré d'organisation cérébrale, de son hérédité, de sa fragilité cérébrale, de son degré de morbidité nerveuse, conception qui s'accorde avec les tendances actuelles de la pathologie générale.

L'auteur ayant comme but de montrer l'importance des facteurs organiques en pathologie mentale, a eu recours à la méthode anatomo-biologique ; il s'est attaché à l'étude des principaux processus cérébraux dans lesquels la diffusion des lésions se traduit par des troubles psychiques. Il en a exposé les caractèeres anatomo-pathologiques; il a indiqué pour chacun d'eux les modifications biologiques et les différents syndromes cliniques qui en sont la traduction en insistant sur leurs caractères différentiels en rapport avec leur pathogénie. Il a laissé de côté les interprétations et explications psychologiques qui depuis des siècles se donnent libre cours sans apporter la solution des problèmes.

Quatre-vingt-six microphotographies montrent les principales lésions cérébrales qui conditionnent les troubles mentaux.

Cet ouvrage, dont le texte ne comporte aucun terme qui ne puisse être compris par tous les médecins, doit être entre les mains non seulement des neuro-psychiatres, mais aussi des praticiens et des étudiants à une époque où les affections mentales se développent d'une façon si inquiétante.

PRATIQUE MÉDICALE

Somnifène et tétanos

Un tétanique qui dort est un tétanique qui guérit. Aussi, faut-il absolument donner un hypnotique au malade dans le but de procurer le repos et d'atténuer la contracture.

Le chloral a été préconisé depuis longtemps, mais on doit le donner à trop haute dose par voie buccale. Le pantopon a pu être employé à la dose de deux à quatre ampoules par jour, toujours avec d'excellents résultats. Plus tard, est venue l'idée de l'utilisation des barbituriques et notamment du somnifène.

Celui-ci a été très bien étudié dans la thèse de Polonski. Il agit par son remarquable pouvoir sédatif, il atténue les contractures et touche peu le foie.

Comme le fait remarquer M. Dizier, dans un article important paru dans le *Languedoc Médical*, mars 1940, MM. Labbé, Escalier et Polonski ont obtenu de belles guérisons avec des doses assez modérées : ils débutent par une injection intraveineuse de 1 à 2 cm³ de somnifène, précédée par exemple d'une injection soit de pantopon, soit de spasmalgine — et ils donnent cette dose matin et soir, de façon à employer 4 cm³ par jour par voie endoveineuse — ou 8 à 10 cm³ par jour par voie intramusculaire. Dès que les crises de contractures sont moins fréquentes, les auteurs cessent le somnifène en injection et le donnent en gouttes.

D'ailleurs Pasgrimaud a pu, de son côté, administrer le somnifène exclusivement en gouttes, par voie buccale, à la dose de 100 à 150 gouttes par jour avec d'heureux effets.

NOTES POUR L'INTERNAT

ACROMÉGALIE

L'acromégalie réalise un des syndromes hypophysaires les plus fréquents. Décrite par Pierre Marie comme une « hypertrophie singulière non congénitale des extrémités supérieures, inférieures et céphalique », elle est l'expression clinique, dans sa forme pure et complète, d'un *adénome chromophile* du lobe antérieur hypophysaire. Mais les travaux modernes ont montré la fréquence des formes frustes, incomplètes, dont l'intérêt n'est pas moindre :

tant au point de vue *clinique* et *pathogénique*,
- pluralité des syndromes *hypophysaires*.
- rapports avec d'autres syndromes glandulaires,

que du point de vue *thérapeutique*.

Etude clinique

FORME TYPIQUE COMPLÈTE

Début. — Dans la majorité des cas, il est *insidieux*, plus souvent chez la femme de 20 à 30 ans.

Le sujet :
- remarque une déformation progressive des extrémités,
- s'inquiète de céphalée et d'asthénie rebelles aux traitements habituels,
- accuse de l'*hypogénésie* — et l'*aménorrhée* est un signe précoce et des plus importants, tant pour le diagnostic que pour préciser le début de la maladie.

Etat. — L'évolution est lente et progressive.

Les symptômes du début se précisent et se complètent et, en période d'état, l'acromégalie est caractérisée schématiquement par
- des signes de dystrophie glandulaire,
- des signes de tumeur cérébrale.

L'aspect du malade est caractéristique et le diagnostic s'impose au seul vu *des déformations :*

1° *Le facies* de l'acromégale est hypertrophié en masse ;
- — *la face* est allongée verticalement, ovalaire et la dilatation des sinus frontaux et maxillaires crée des bosselures très accusées au niveau du front et des pommettes ;
- — *le nez* est volumineux, hypertrophique, mais généralement épaté à sa base ;
- — *le menton* est massif et le *prognathisme* est un des caractères qui frappent d'emblée ;
- — *les lèvres* sont épaisses, évasées ;
- — *la langue* est énorme, hypertrophiée en masse ; elle gêne souvent la parole et la déglutition ;

les oreilles sont élargies, épaissies, écartées.

Dans l'ensemble, l'expression du visage est *brutale, épaisse.*

2° *Le crâne* est énorme, allongé d'avant en arrière ; toutes les saillies normales y sont exagérées, mais surtout celles des *mastoïdes*, que l'on sent anormalement épaisses et larges, et celle du ressaut post-lambdoïdien.

3° *Les membres* présentent également des déformations typiques, mais celles-ci, fait caractéristique, se localisent *aux extrémités distales :* seuls, les mains et les pieds sont touchés, les bras et les avant-bras, les jambes et les cuisses sont longtemps absolument normaux ; tout au plus y note-t-on en cours d'évolution une certaine atteinte *musculaire*, qui n'est du reste pas constante dans les formes *pures.*

Les mains et les pieds sont déformés en masse, énormes, élargis, épaissis ;

les *doigts* et les *orteils*, boudinés.

Par contre, les ongles sont généralement normaux.

Fait important, *tous les tissus* participent à cette hypertrophie, parties molles autant que squelette, ce qui explique la formation de bourrelets, avec saillie des éminences.

Telles sont les déformations les plus frappantes qui font reconnaître d'emblée l'acromégale.

Existent en outre des déformations diverses :

du cou, trapu et court, la tête paraissant « implantée sur les épaules ».

On y peut voir une saillie anormale en avant du corps thyroïde.

Par ailleurs, l'hypertrophie constatable des cartilages du larynx explique la voix *rude* et *forte* de ces sujets.

du thorax, élargi, évasé à sa base avec saillie du sternum en avant ;

du rachis, une *cyphose* cervico-dorsale est extrêmement fréquente ;

du bassin, élargi, avec une épaisseur anormale des ailes iliaques.

Les viscères participent généralement à cette hypertrophie et il est courant de noter, à l'examen somatique :
- un gros foie,
- une grosse rate,
- un *gros cœur* surtout, que vérifie l'orthodiagramme.

Telles sont les déformations portant sur le développement statural et morphologique qui sont les signes majeurs de l'acromégalie.

Devant un tel malade, un *examen complet* s'impose, qui aura un *triple but :*
- — préciser l'état du système nerveux,
- — rechercher l'association d'autres troubles endocriniens,
- — rechercher enfin et surtout les signes de tumeur hypophysaire en s'aidant d'un bon examen radiologique.

(*A suivre.*) Guy Le Sueur.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

25

Nos 45-46. — 5-8 JUIN 1940. 113e ANNEE Le N° 60 Centimes

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la Faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

Publicité : M. A. Thiollier, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

A NOS LECTEURS

L'Association de la Presse Médicale Française *nous adresse la communication suivante :*

« Sur les indications du Comité Interministériel de la Presse, **l'Union des Syndicats de la Presse Périodique Française** *s'est réunie le 20 mai 1940, sous la présidence de M. René Baschet et, après discussion, les résolutions suivantes ont été prises à l'unanimité :*

« Les éditeurs de périodiques devront immédiatement réduire « de 50 % leur consommation actuelle de papier (c'est-à-dire « 50 % de la consommation DÉJA RÉDUITE*), ce qui revient à « environ 33 % de la consommation d'avant guerre.*

« Pour arriver à ce résultat, ils auront la faculté de diminuer « de moitié leur format ou le nombre de pages, ou de modifier « leur périodicité. Cette mesure est applicable au premier numéro « qui suivra celui actuellement sous presse... »

En conséquence, pour arriver à la diminution de 50 % en poids prescrite par le décret du 24 mai 1940, la **Gazette des Hôpitaux** *paraîtra, à partir de la semaine prochaine, sur douze pages seulement.*

Afin que la tenue du journal n'ait pas trop à souffrir de cette restriction, tous les numéros seront composés en petits caractères.

Nous conserverons, d'autre part, la périodicité hebdomadaire adoptée depuis le début de la guerre.

INFORMATIONS

Présidence du Conseil. — M. le médecin lieutenant Ménétrel est nommé attaché au cabinet militaire de M. le maréchal Pétain, ministre d'Etat, vice-président du Conseil.

Ministère de la Santé Publique. — Le J. O. du 23 mai publie un décret concernant *le logement et la situation des médecins requis en temps de guerre.*

Le logement s'entend du local professionnel et des pièces nécessaires à l'habitation du médecin seul. La jouissance gratuite est assurée suivant la procédure de la réquisition, tant pour la fixation du prix que pour le paiement du loyer.

Les médecins chargés d'un service public permanent, à l'exclusion de tout exercice de la clientèle, ont le droit, lorsqu'ils ne remplacent pas un médecin fonctionnaire, à une rémunération mensuelle qui ne peut dépasser la limite maximum de 2.500 fr. A cette rémunération s'ajoutent éventuellement des indemnités pour charges de famille, dans les mêmes conditions que pour les personnels de l'Etat. Ces émoluments sont exclusifs de toute rémunération accessoire, et en particulier de l'indemnité de résidence et de l'indemnité spéciale temporaire. Le décret prévoit en outre des frais de mission et des frais de déplacement en chemin de fer ou en automobile.

Enfin il est créé une Commission chargée de l'examen médical des médecins requis. Cette Commission, présidée par le Préfet, comprend : un médecin militaire et deux médecins civils choisis de préférence parmi les médecins des hôpitaux. Elle est saisie de tous les cas qui lui sont soumis par le Préfet.

— *Tous les médecins français ou étrangers* autorisés à exercer en France, actuellement hors de leur résidence habituelle, sont tenus de faire connaître sans délai, au Ministre de la Santé Publique, le lieu de leur résidence.

— *L'utilisation des médecins étrangers en temps de guerre.* — Le décret du 15 mai 1940 (*J. O.* du 17 mai), voir *Gaz. Hôp.*, nos 41-42), est rendu applicable en Algérie (*J. O.*, 27 mai).

— *Vacations des médecins chargés de façon intermittente d'un service public.* — Par arrêté, en date du 29 mai 1940 (*J. O.* du 2 juin 1940, les médecins chargés de façon intermittente d'un service public en temps de guerre, visés à l'article 3 du décret du 11 septembre 1939, sont rémunérés sur la base des vacations suivantes : par journée complète, 100 francs ; par demi-journée, 50 francs ; par demi-nuit, 100 francs.

— *Le diagnostic biologique de la grossesse.* — L'article 92 du décret du 29 juillet 1939, modifié par l'article 7 du décret du 16 décembre 1939, dispose que le diagnostic biologique de la grossesse ne pourra être exécuté que sur ordonnance médicale, par les hôpitaux et laboratoires habilités à cet effet par le Ministre de la Santé publique.

Le même texte prévoit qu'un règlement d'administration publique déterminera, dans un délai de trois mois, les modalités d'application de ces dispositions.

Le *Journal Officiel* du 30 mai 1940 publie un décret, en date du 18 mai, précisant les conditions d'habilitation des laboratoires.

Ministère de l'armement. — Un décret en date du 11 mai fixe les indemnités mensuelles des médecins de l'administration centrale du ministère de l'armement (*J. Off.* 29 mai 1940).

Ministère de la défense nationale et de la guerre. — Un décret en date du 20 mai porte extension, au profit des infirmières servant dans la zone des armées, de la franchise postale (*J. Off.* 28 mai 1940).

— Il est créé un corps d'infirmières temporaires des hôpitaux militaires. (*J. O.*, 30 mai 1940).

— *Le passage dans le service de santé des officiers de réserve en provenance d'autres armes ou service* vient d'être réglé par un décret en date du 23 mai 1940, ainsi conçu :

Art. 1er. — Les officiers de réserve des armes et services, titulaires du diplôme d'Etat de docteur en médecine, de pharmacien ou de chirurgien-dentiste, peuvent être admis à passer dans le corps de santé, avec le grade de sous-lieutenant, après acceptation de l'offre de démission conditionnelle de leur grade.

Art. 2. — Ces officiers prennent rang dans le grade de sous-lieutenant à la date du lendemain de l'obtention de leur diplôme avec application, pour les médecins et les pharmaciens, des majorations d'ancienneté prévues par la loi du 15 mars 1927.

Art. 3. — Les dispositions qui précèdent pourront être appliquées aux officiers des armées et services, déjà admis dans le corps de santé militaire et non encore promus au grade de médcin, pharmacien ou dentiste capitaine. (*J. O.*, 31 mai 1940).

Ministère des affaires étrangères. — M. le Dr Mazé est chargé de mission au cabinet du ministre.

Faculté de Médecine de Paris. — Les conférences que le Professeur Danielopolu, de Bucarest, devait faire à la Faculté de Médcine de Paris, les 7 et 10 juin, sont ajournées.

Un enseignement d'orientation aux fonctions de médecin d'usine. — Le Ministère du Travail avait chargé l'Institut d'Hygiène Industrielle et de Médecine du Travail de la Faculté de Médecine de Paris, d'organiser des cours d'orientation aux fonctions de médecin d'usine.

Une première série devait commencer le 3 juin.

Les conférenciers mobilisés qui devaient assurer ces cours étant retenus par leurs obligations militaires actuelles et ne pouvant se rendre à Paris, il a été décidé d'ajourner cette première série de cours à une date qui sera indiquée ultérieurement.

La destruction par les Allemands de l'hôpital américain d'Ostende. — Les avions allemands ont attaqué, le 27 mai, l'hôpital américain d'Ostende. Par vagues successives, ils ont détruit systématiquement l'hôpital, qui était cependant désigné visiblement par une immense croix rouge et par le pavillon américain.

Tous les médecins, les infirmières et les infirmiers, deux cents blessés, ainsi que de nombreux réfugiés, ont été tués...

Ajoutons au tableau de chasse des Allemands deux navires hôpitaux Britanniques, signalés par de grandes croix rouges, qui viennent d'être détruits par les avions allemands dans le port de Dieppe. Un autre navire hôpital a été détruit à Dunkerque.

Il est inutile d'ajouter des commentaires ; il est établi maintenant que l'attaque et la destruction de tous ceux que protégeait la convention de Genève sont la règle pour les hordes teutonnes.

Une mission chirurgicale française au Caucase de 1917-1918. — Le Dr Molinéry vient de rappeler à la Société Française de l'Histoire de la Médecine, la mission dont fut chargé, en 1917, le regretté Dr Dartigues, président-fondateur de l'UMFIA (Union médicale latine).

Dartigues a écrit peu après la guerre 1914-18 une narration très vivante — mais aussi très objective — de cette mission qui faillit avoir une fin tragique. Après avoir rappelé les buts de la mission : propager l'influence française au Caucase, Dartigues décrit les difficultés du voyage, mais surtout les difficultés morales auxquelles ils se heurtèrent. Cependant, grâce à la valeur de tous, peu à peu l'hôpital français s'éleva à Tiflis et rayonna bientôt sur toute la région. Entrepreneur, architecte, administrateur, chirurgien, professeur de français — et aussi colonel — Dartigues mit en œuvre toute la puissance de son dynamisme pour triompher de toutes les embûches.

M. Molinéry peut assurer, de l'étude des documents qu'il a eus en main (ils sont actuellement déposés au musée du Val-de-Grâce), que la mission de Dartigues fit son devoir, tout son devoir, et qu'à Tiflis, lui a assuré le Dr Hambachize, le souvenir de la Mission française de 1917-1918 n'est pas prêt de s'éteindre.

Nécrologie

Nous avons le vif regret d'apprendre le décès, survenu à Rennes, à la suite d'une intervention chirurgicale, du professeur Louis Spilmann, doyen de la Faculté de Médecine de Nancy, membre correspondant de l'Académie de Médecine, commandeur de la Légion d'honneur.

— Le Dr Edouard Guérin, décédé à Neuillé-Pont-Pierre (Indre-et-Loire). Il était le père de notre collègue, le médecin lieutenant Paul Guérin, aux armées.

— Le Dr Norbert Petit, décédé en service commandé, à Toulon.

— Le Dr Adrien Lippmann, ancien interne des hôpitaux de Paris (1898) ex-chef de clinique de la Faculté de Médecine, médecin assistant à l'hôpital Lariboisière, décédé à Paris.

— Le colonel Philippe Bunau-Varilla, à qui on doit le ravitaillement en eau des armées de Verdun 1916. Il fut l'inventeur du procédé de stérilisation de l'eau universellement connu sous le nom de verdunisation.

Maladies de l'intestin, par R. Bensaude, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Antoine. Série IV : les hémorroïdes et leur traitement, fissure anale, prurit anal, hémorroïdes et angiomes chez l'enfant, rectocolites, rétrécissements du rectum, actinomycose ano-rectale, avec la collaboration de A. Caïn, A. Lambling, J. Rachet, médecins des hôpitaux ; A. Bensaude, F. Bertillon, Massot, E. Sidi. — Un vol. de 374 pages avec 97 figures. Prix : 90 francs. Masson et Cie, édit., Paris.

Chirurgie réparatrice et correctrice des téguments et des formes, par L. Dufourmentel. Préface du professeur S. Sebileau. — Un volume de 408 pages avec 451 figures. Prix, 130 francs. Masson et Cie, éd., Paris.

ÉTUDE EXPÉRIMENTALE ET CLINIQUE SUR LE TRAITEMENT DES ANÉMIES PAR LES EXTRAITS DE GLOBULES ROUGES

Par le professeur G. Pittaluga
(*Travail des Laboratoires du Centre de Recherches hématologiques et Transfusion sanguine, hôpital Saint-Antoine*)

Il est un fait admis en physiologie : c'est que les globules rouges qui ont accompli leur cycle vital dans l'organisme des mammifères et de l'homme sont en partie utilisés par l'économie pour la formation de l'hémoglobine des globules rouges néoformés dans la moelle osseuse.

Cette notion devrait être suffisante, depuis longtemps, pour faire admettre une action *antianémique*, d'ordre pharmaco-biologique ou, si l'on préfère, opothérapique, de la part des globules rouges des mammifères.

L'étude thérapeutique des « substances extractives des globules rouges », introduites récemment dans la pratique, d'après les études de M. Kapinov, a été conduite successivement, du point de vue expérimental, par Weller (1937), puis par Borman (1938) et tout dernièrement par nous-mêmes (1939). Sur la base de ces essais expérimentaux chez les animaux, nous avons poursuivi les observations sur l'action de ces extraits globulaires chez l'homme, dans plusieurs cas d'anémie d'origine différente.

Le mécanisme de cette action biochimique et pharmacobiologique des substances extractives obtenues de la masse globulaire de sang hétérologue de mammifère, n'est pas encore déterminé d'une façon exacte.

Trois ordres de faits sont quand même acquis :

1° Chez les *animaux normaux* du point de vue hématologique, c'est-à-dire non anémiés, ces substances exercent au commencement une action transitoire d'inhibition qui se traduit, même par des doses dans les limites thérapeutiques, par une hypoglobulie légère, suivie après quelques jours de traitement (voie intramusculaire) d'une régénération myéloïde érythroblastique ;

2° *Chez les animaux préalablement anémiés*, cette première action myélotoxique ou hémolytique — la question reste à résoudre par des recherches ultérieures — est beaucoup moins appréciable, parfois elle n'existe pas du tout et l'action d'excitation régénératrice sur le tissu myéloïde érythroblastique se manifeste rapidement par une augmentation du chiffre globulaire et du taux d'hémoglobine, accompagnée parfois par une poussée réticulocytaire ;

3° Il est possible que dans les substances spécifiques, telles qu'elles sont contenues dans les extraits, existent des facteurs antianémiques correspondant en partie au principe *antianémique hépatique* spécifiquement actif dans les anémies hyperchroniques pernicieuses ; mais l'action régénérative générique sur les animaux anémiés par saignée répétée montre que d'autres principes actifs ou des propriétés d'ordre plus général existent dans ces substances, applicables par conséquence au traitement de formes différentes d'anémie.

Une série de recherches expérimentales nous a montré que l'action d'inhibition initiale exercée par des doses très élevées (100 fois plus élevées que les doses thérapeutiques) de ces médicaments ne peut pas être attribuée à une *hémolyse*. Il s'agit donc d'une action myélotoxique et du point de vue pharmacologique elle répond au principe général des médicaments qui, par le même mécanisme exercent une action thérapeutique utile jusqu'à une certaine dose, et une action nuisible à partir d'une dose plus élevée.

Nous avons traité, depuis le mois de mars jusqu'au mois de septembre 1939, 16 malades de formes diverses d'anémies avec un tel extrait.

Nous pouvons grouper les 16 observations en *trois séries*, à savoir :

a) *anémies simples*, secondaires, post-infectieuses, par intoxications, par tumeur ou bien par hémopathies diverses, en particulier diathèses hémorragiques du type *purpura ;*

b) *anémies hypochromiques*, soit du type chlorose, soit du type endocrinien, surtout thyroïdéo-ovarique, soit du type de l'achylie idiopathique ou liées à des altérations fonctionnelles gastro-hépatiques ;

c) *Anémies hyperchromiques mégalocytaires* du type Biermer.

Les cas n°s 2, 3, 6, 9, 10, 12 et 16 peuvent être classés dans le premier groupe a). Les cas n°s 1, 4, 5, 7, 11, 13, 14, 15 correspondent au groupe b). Un seul cas, n° 8, appartient au groupe c).

Parmi ceux du groupe a), nous trouvons un cas (n° 3) *d'anémie simple par épuisement, hémorragie* (blessé de guerre), *fatigue et mauvaise alimentation.* C'est le cas typique de l'anémie secondaire simple. Traité par voie digestive, il est remonté de 4.100.000 globules rouges à 4.600.000 malgré une alimentation insuffisante. Le cas n° 5 est un *ancien tuberculeux* avec une *possible intoxication saturnine* légère surajoutée. Traité pendant quinze jours par *voie digestive*, puis pendant dix jours par *injections*, il est passé de 3.800.000 globules rouges à 4.200.000 entre le 12 mai et le 9 juin; mais l'hémoglobine, qui était à 60 % avant le traitement, est restée à 65 % et la V. G. n'a pas varié. Le cas n° 9 (*purpura rhumatoïde*), traité également par *voie digestive* pendant une première période (5 juin à 22 juin), puis par *voie intramusculaire* (4 juillet à 17 juillet), a vu monter ses globules rouges de 3.900.000 à 5.100.000 ; la V. G. n'a monté que de 0,72 à 0,78, mais le taux d'hémoglobine est passé de 60 % à 80 %. Le cas n° 10 (*alcoolisme* avec hyperchlorhydrie, probable *ulcération gastro-duodénale, hémorragies* gastro-intestinales), montre 3.450.000 et 60 % d'hémoglobine au commencement ; il s'élève à 4.250.000 et 78 % après deux traitements *par injections* (3 juillet-25 août). Dans le cas n° 16, il s'agit d'un *néoplasme gastrique*. Ce malade, à 3.750.000 globules rouges et 65 % d'hémoglobine avec une mauvaise formule leucocytaire, monte quand même à 4.000.000 de globules rouges, avec des variations successives, et l'hémoglobine reste à 65 %.

En général, on peut dire pour le premier groupe de malades — qui comprend en somme des *anémies secondaires* — que *l'hémoglobine ne paraît pas augmenter dans les mêmes proportions et avec la même vitesse que les globules rouges*. Cependant, dans le cas n° 9, de purpura rhumatoïde, l'hémoglobine est montée de 60 % à 80 % en trente-cinq jours, et la hausse a été particulièrement sensible après un traitement par injections.

Le deuxième groupe comprend : le cas n° 1 (*anémie dystrophique thyroïdo-ovarienne* avec aménorrhée et monocytose très élevée). Les globules rouges montent, dans ce cas, de 3.750.000 à 4.360.000 et l'hémoglobine de 60 % à 85 % à la suite d'un simple traitement par voie digestive; l'interruption totale du traitement (12-18 avril) ramène le chiffre globulaire à 4.100.000 et l'hémoglobine à 70 % ; un traitement terminal par injections et par voie digestive fait remonter les globules rouges à 4.650.000 et l'hémoglobine à 85 %. Il y a lieu de penser à un certain degré d'action opothérapique dont les effets s'effacent avec l'interruption du traitement, si celui-ci est limité à la voie digestive. Le cas n° 4 présente une petite *anémisation à la suite de très fréquentes amygdalites aiguës*, une constitution asthénique et adénoïdienne et des signes d'hémogé-

nie légère ; le traitement d'abord par voie digestive, puis par injections, fait remonter les globules rouges jusqu'à 4.850.000 et l'hémoglobine à 90 %. Le cas n° 5 est plus compliqué : il s'agit d'une jeune femme très anémiée (à 3.350.000 globules rouges) qui a fait *une anémie grave pendant une grossesse*, il y a deux années, puis *une phlébite après l'accouchement* et qui présente un syndrome *d'asthénie gastro-intestinale* prononcée et du point de vue hématologique un certain degré de macrocytose et quelques érythroblastes. Le traitement par injections *fait monter lentement, par étapes*, les globules rouges à 4.100.000 et l'hémoglobine de 50 % à 70 %. Nous sommes là en présence d'un syndrome liminaire de la pathologie constitutionnelle, dans lequel l'hémopathie n'est pas définie nettement, mais le sang et les organes hémopoïétiques sont dans un état d'équilibre instable ; des accidents physiopathologiques (grossesse, phlébite) produisent des fléchissements de cet équilibre ; l'état d'asthénie gastro-intestinale persistante est probablement à la base des troubles hémopathiques. L'action thérapeutique des substances extractives des globules rouges est évidente, mais elle s'exerce plus lentement quoique d'une façon assez continue, malgré les interruptions du traitement. Un fait assez curieux mérite d'être mis en relief. Chez les malades antérieurement examinés, le chiffre des globules blancs n'a presque jamais augmenté sous l'action du médicament. Nous reviendrons plus loin sur cette question.

Nous avons presque toujours observé, après quelques variations initiales, une descente progressive, jusqu'à la normale des chiffres leucocytaires, parfois légèrement élevés chez nos malades. Au contraire, dans ce cas n° 5, le point de départ étant de 6.600 leucocytes par millimètre cube, sous l'action du traitement, ce chiffre monte avec une lente progression jusqu'à 7.300 (11 mai à 14 août).

Le cas n° 7, probable *chlécystite chronique* ou lithiase biliaire avec *dyspepsie flatulente, hypochlorhydrie*, anémie microcytaire) passe de 4.100.000 à 4.600.000 en quarante jours à la suite d'un simple traitement par voie digestive ; l'hémoglobine monte de 65 % à 75 %.

Dans le cas n° 11, il s'agit nettement d'une *anémie achylique idiopathique microcytaire ;* 3.800.000 globules rouges au commencement, 4.250.000 après traitement par injections ; l'hémoglobine monte de 55 % à 70 %. La nature de l'anémie chez la malade n° 13 est moins claire : des signes existent d'une *anémie dystrophique hypothyroïdienne* ancienne, peut-être compliquée d'une ancienne infection tuberculeuse viscérale ; le traitement mixte, par voie digestive et par injections, fait monter le chiffre globulaire de 2.800.000 à 3.580.000 en trente jours et l'hémoglobine de 50 % à 65 %, quoique plus lentement. On note ici une légère augmentation des leucocytes, de 7.500 à 8.200. Dans le cas n° 14, il s'agit d'un *syndrome chlorotique ;* l'action du traitement est nette : le chiffre globulaire monte de 3.800.000 à 4.200.000 en quarante jours (voie digestive).

Chez la malade n° 15, il s'agit d'une forme *d'anémie achylique*. Les globules rouges montent en deux mois de 2.850.000 à 3.850.000 ; l'hémoglobine seulement de 50 % à 60 %.

Les malades de ce groupe montrent donc des différences marquées du point de vue des modifications hématologiques sous l'action de médicament, en particulier dans le rythme de ces variations et dans le taux d'hémoglobine. Ces différences sont appréciables également du point de vue clinique ; les modifications favorables de l'état général des malades sont évidentes, voire même frappantes dans certains cas ; elles le sont beaucoup moins chez d'autres malades. Les anémies qui dépendent nettement d'une altération de l'équilibre endocrinien sont favorablement modifiées du point de vue hématologique dans une mesure beaucoup plus marquée que du point de vue clinique. Les symptômes liés aux désordres neuro-végétatifs, ainsi que certains symptômes subjectifs (anorexie, angoisse, etc.) sont presque toujours en retard, dans le processus de la guérison, vis-à-vis des altérations hématologiques. Ici aussi on a l'impression que l'augmentation du taux de l'hémoglobine ne suit pas strictement l'augmentation du chiffre globulaire.

Le cas n° 8 est le seul que nous ayons étudié *d'anémie pernicieuse*. Il s'agissait *d'une rechute* chez une malade préalablement traitée par hépatothérapie. Une longue interruption de ce traitement avait conduit la malade à 2.600.000 globules rouges et 65 % d'hémoglobine (valeur globulaire = 1.26). Après trois mois de traitement par voie digestive et par injections, la malade a été reconduite à 4.000.000 de globules rouges et à l'unité de valeur globulaire (80 %). Le chiffre leucocytaire est monté dans ce cas de 4.800 à 6.000.

La stabilisation du chiffre leucocytaire et de la formule dans la majorité des cas étudiés est à retenir. Elle mérite, comme nous l'avons indiqué plus haut, quelques commentaires. Voici, dans le tableau suivant, l'ensemble des variations terminales, comparées aux chiffres initials des leucocytes chez nos malades :

Malades	Chiffre leucocytaire initial	Chiffre leucocytaire terminal
1	10.800	8.000
3	8.650	8.500
4	7.800	7.300
5	6.600	7.300
6	8.200	7.800
7	9.200	8.000
8	4.800	6.000
9	8.800	8.000
10	9.800	9.000
11	7.500	7.500
13	7.500	8.200
14	8.200	7.800
15	7.800	8.000
16	11.300	11,200

Pour quelques cas, les variations intermédiaires sont plus démonstratives que le chiffre terminal. C'est ainsi que chez le malade n° 16 (tumeur), le chiffre leucocytaire descend de 11.300 à 10.800, puis remonte à 11.200. Mais dans l'ensemble, il ressort nettement que l'action thérapeutique du médicament employé *tend à stabiliser dans des limites normales* le chiffre des leucocytes : quand il s'agit, au point de départ, d'une leucocytose plus ou moins prononcée, comme chez les malades nos 1, 7, 10, 16, le chiffre descend après le traitement, parfois d'une façon marquée (de 10.800 à 8.000 ; de 9.200 à 8.000, etc.). Lorsqu'il s'agit au contraire, de leucopénie comme chez les malades nos 5 et 8, le chiffre leucocytaire augmente (de 6.600 à 7.300 ; de 4.800 à 6.000). Le mécanisme de cette *stabilisation* est sans doute très différent dans un cas et dans l'autre.

Les cas de leucopénie initiale sont des cas d'anémies graves ; l'une d'elles (n° 8), hyperchromique, mégalocytaire, pernicieuse ; l'autre (n° 5), hypochromique, mais à tendance macrocytaire, chez une ancienne malade d'anémie de grossesse non diagnostiquée du point de vue hématologique, suspecte par conséquence d'un épisode d'anémie perniciosiforme. Dans ces cas, il est possible que le médicament exerce une action hématopoïétique globale par l'excitation de l'activité érythroblastique et leucoblastique du tissu myéloïde, peut-être grâce à une fraction du principe antianémique spécifique qui, dans le foie et par l'hépatothérapie est désormais connu dans ses effets thérapeutiques pour les anémies pernicieuses progressives.

La régularisation de la leucocytose chez les autres malades doit être envisagée plutôt comme une conséquence secondaire de l'action du médicament sur l'hypoglobulie en tant qu'expression d'une maladie générale. Il s'agirait donc, à notre avis, d'une action indirecte, qui rétablit un chiffre normal des leucocytes par l'amélioration de l'état général du malade. Dans le premier cas, il y a augmentation du chiffre leucocytaire; dans le deuxième, ce chiffre diminue.

Il est probable que la diversité d'action, les différences d'efficacité, de rapidité, de persistance des effets thérapeutiques ne dépendent pas seulement de la gravité ou de l'intensité et du type des lésions du tissu myéloïde érythroblastique, mais aussi du fait que ces substances extractives globulaires contiennent en même temps des produits doués d'une action générique hématopoïétique et des produits spécifiques semblables au principe antianémique du foie. Les premiers seraient valables en différents degrés, comme excitants de l'érythropoïèse myéloïde et de l'hématopoïèse en général ; l'activité régénératrice de la moelle reprend son rythme et remonte parfois jusqu'à la néoformation d'un chiffre globulaire normal ou presque, sous l'action du médicament, suivant le cas, chez des malades dont l'anémisation relève, comme nous l'avons vu, des causes différentes, sous la condition qu'il s'agisse *d'anémies hypochromiques*. Les produits spécifiques, s'ajoutant aux premiers, exerceraient leur action sur la moelle lorsqu'il s'agit *d'anémies hyperchromiques* pernicieuses (Biermer) ou perniciosiformes. Les limites de cette action spécifique et son efficacité thérapeutique comparée à celle des extraits de foie restent à déterminer.

Cette étude clinique et pharmacobiologique exige des observations plus nombreuses. Mais le fait que cette double action existe, et l'évidence d'une efficacité antianémique remarquable d'ordre général, nous conduisent à considérer l'extrait de globules rouges comme un agent thérapeutiqu de premier ordre pour le traitement des anémies.

ACCIDENTS CONSÉCUTIFS A L'EMPLOI D'UN EXTINCTEUR D'INCENDIE CHARGÉ AU BROMURE DE MÉTHYLE

Par MM. Billet et Abel
Chirurgien et médecin consultants d'armée

Les cas d'intoxication par le bromure de méthyle ne sont pas fréquents. Cette rareté et, surtout, les circonstances de l'intoxication et la nature inusitée des accidents nous ont incités à relater le fait suivant :

Le 9 septembre 1939, vers 9 heures, le feu se déclare dans l'intérieur d'un char d'assaut, du fait d'un court-circuit à la masse, dû à une lampe balladeuse. Le conducteur ferme les robinets d'essence, coupe le robinet de batterie, puis actionne les deux extincteurs : facilement, il maîtrise l'incendie.

Vers 14 heures, soit environ cinq heures après cet incident, le chasseur N..., qui n'avait point assisté à l'incendie, pénètre dans l'intérieur du char pour se rendre compte des dégâts et faire les réparations nécessaires. Au bout de dix minutes environ, il éprouve un vague malaise, avec lourdeur de tête ; ses yeux le piquent, il est oppressé, il a l'impression qu'il va se trouver mal. Il demande son masque à un camarade. Mais très peu de temps après, cinq minutes environ, il se sent de plus en plus mal et a des étourdissements: il sort du char, se débarrasse de son masque et, en chancelant, va s'étendre sur l'herbe. Il a presque aussitôt un vomissement qui le soulage. Son malaise se dissipe ; tout semble terminé. Il remet alors son masque et veut reprendre son travail dans le char ; mais, devant le retour des malaises, il doit y renoncer et va se reposer. Le séjour dans le char n'a pas excédé vingt minutes au total.

Dans la soirée, il éprouve le long des membres inférieurs des sortes de frissons et de chatouillements. A ces paresthésies font bientôt place des démangeaisons et une sensation de cuisson, surtout aux parties génitales. Le médecin de l'unité constate alors un érythème du tronc et des membres, surtout marqué aux membres inférieurs et au bas-ventre, où il donne l'impression d'une forte sinapisation.

Le lendemain, la vésication a remplacé la simple rubéfaction de la veille. Les parties génitales, verge et scrotum, sont très œdématiées et recouvertes de bulles. La peau des cuisses et des jambes est rouge et luisante, et, aux cous-de-pied ont apparu de vastes phlyctènes. Ces lésions sont très douloureuses.

Le malade est alors évacué sur l'hôpital de Rethel et soigné par le médecin capitaine Drapier.

Nous avons vu le malade le 12 septembre. Il présentait encore les traces nettes d'une éruption, piqueté scarlatiniforme sur la poitrine et les bras, rougeur plus uniforme, semblable à un coup de soleil, sur les avant-bras. Les organes génitaux étaient tuméfiés et, sur le scrotum et les plis inguinaux-cruraux, existaient de nombreuses phlyctènes affaissées, contenant encore un peu de liquide purulent.

Le cou-de-pied et la face dorsale du pied étaient couverts, des deux côtés, de phlyctènes, les unes très volumineuses; remplies d'un liquide séro-purulent, les autres plus petites, irrégulières, au contenu clair. Il existait autour d'elles une légère réaction inflammatoire. Très douloureuses au début, ces brûlures étaient devenues beaucoup moins pénibles à la suite des pansements.

L'état général était excellent et les troubles généraux du début avaient totalement disparu dès le soir de l'accident. La température était normale ; son maximum avait été de 37°8 le premier jour de l'hospitalisation. Mais nous noterons que, dans les jours qui ont suivi notre visite, le malade a fait une petite localisation pulmonaire, sans gravité, du reste.

Les lésions cutanées se sont réparées lentement et le chasseur N... a quitté l'hôpital le 16 octobre 1939.

Le pharmacien-commandant Aldhui, chargé de l'enquête, s'était rendu sur les lieux de l'accident le 12 septembre : aucune odeur n'était perceptible à l'intérieur du char, resté aéré depuis trois jours, et, après un quart d'heure de séjour dans le char, il n'avait éprouvé aucun malaise ; les deux extincteurs incriminés étaient totalement vides de leur contenu, mais dégageaient encore une odeur de bonbons anglais. Une charge d'extincteur, de la même marque et la cartouche filtrante du masque à gaz du malade ont été adressés, aux fins d'expertise, à Paris ; nous savons que la charge a été reconnue constituée par du bromure de méthyle.

Il est donc légitime d'imputer à ce produit les accidents généraux et locaux présentés par le chasseur N...

*
**

Le bromure de méthyle n'était guère utilisé, jusque vers 1930, que dans les industries chimiques pour la préparation des composés méthylés et notamment des couleurs, et dans l'industrie pharmaceutique pour la préparation de l'antipyrine. C'est à cette dernière

fabrication que se référaient la plupart des cas d'intoxication.

Depuis, le bromure de méthyle est employé en grand comme extincteur d'incendie et les observations récentes concernent des ouvriers préposés au remplissage des extincteurs.

Le présent cas montre que le danger peut résider aussi dans l'emploi des extincteurs au cours d'un incendie, si bien que l'intoxication par le bromure de méthyle sort désormais du cadre de la pathologie professionnelle.

D'après les descriptions qui en ont été faites, notamment par Cade et Mazel et par Duvoir, Fabre et Layani (1), les accidents toxiques débutent par de la céphalée plus ou moins violente, bientôt suivie de vertiges et de vomissements ; souvent aussi de lipothymie, d'amblyopie, de dérobement des jambes, d'embarras de la parole. A la période d'état, ils sont remarquables par leur polymorphisme.

Dans les formes légères, la symptomatologie se limite à ces signes de début, souvent accompagnés de somnolence, et peut reproduire un état ébrieux assez voisin de l'ivresse alcoolique ; les troubles disparaissent en quelques jours.

Les formes moyennes se caractérisent surtout après une courte phase de fourmillements et de douleurs du type radiculaire, par des paralysies : paralysies d'emblée totales, réalisant des monoplégies ou des paraplégies flasques, presque toujours résolutives. A l'inverse de Cade et Mazel, qui les assimilent à des polynévrites, Duvoir, Fabre et Layani les attribuent à une irritation diffuse du névraxe avec localisation prédominante dans la sphère cérébrale sensitivo-motrice ; au hasard de ses localisations, cette atteinte diffuse peut encore se manifester par d'autres syndromes, par exemple une aphasie transitoire ou une ataxie aiguë avec troubles mentaux. Ces formes moyennes durent plusieurs semaines et la reprise du travail est possible en deux à quatre mois.

Dans les formes graves, surviennent des crises convulsives, affectant tantôt le type de l'épilepsie partielle, tantôt, et plus souvent, le type de l'épilepsie généralisée ; rarement isolées, les crises se répètent le plus souvent, pouvant aboutir à l'état de mal et à la mort dans le coma.

De même que la symptomatologie, l'évolution est polymorphe : tantôt, suivant Cade et Mazel, une phase de rémission s'intercale entre les signes de début et la période d'état ; tantôt, suivant Duvoir, Fabre et Layani, une phase de latence de quelques heures à deux jours précède les accidents qui, ensuite, se développent et se succèdent d'une seule tenue, sans discontinuité; tantôt, enfin, les accidents se déroulent sans ordre, sans forme de bouffées successives. En général, les cas mortels ont une évolution rapide ; quand les manifestations, mêmes graves, traînent en longueur, la guérison peut être espérée.

Telles sont les descriptions de l'intoxication par le bromure de méthyle. Il est curieux de constater qu'elle ne font état que de troubles généraux, d'ordre surtout neurologique. Nulle part, à notre connaissance, il n'est fait mention d'accidents cutanés. C'est, avec la circonstance étiologique, ce qui fait l'intérêt de cette observation.

Notre malade a présenté des signes généraux de début conformes aux descriptions classiques, mais ces signes ont rapidement disparu pour faire place à des lésion cutanées, qui ressemblent étrangement aux lésions dues à l'ypérite : même érythème douloureux, survenant après une période de latence de plusieurs heures, et suivi de vésicules, puis de phlyctènes, se localisant aux endroits humides des téguments : scrotum, pieds et cous-de-pieds.

Ces lésions cutanées ne laissent pas, cependant, de nous intriguer et nous avons quelque peine à nous les expliquer.

Le bromure de méthyle — à supposer qu'une partie de la charge de l'extincteur ne se soit pas décomposée — est gazeux à la température ordinaire et ne se liquéfie qu'à 0° (or, l'accident s'est produit en septembre) ; il n'a pas la même faculté de pénétration aux travers des vêtements que l'ypérite, corps liquide, remarquable par sa stabilité et sa permanence, et on s'explique mal la localisation des brûlures aux parties non découvertes du corps. Plus vraisemblablement, nous incriminerions les produits de décomposition du bromure de méthyle à haute température, tels qu'ils se forment lorsque ce corps est utilisé comme extincteur d'incendie : cette combustion dégage du gaz bromhydrique, connu comme irritant et suffocant, mais chez lequel il n'est pas signalé de propriétés vésicantes.

Malgré cette incertitude, le fait est patent : les brûlures du chasseur N... sont bien consécutives, comme les accidents généraux du début, à l'usage d'un extincteur d'incendie, chargé avec du bromure de méthyle, et aucune autre cause ne peut être envisagée.

D'ailleurs, il semble que ce cas ne soit pas unique : dans son rapport, le chef de Corps signale avoir constaté à deux reprises, quelques mois avant la guerre, des accidents analogues avec brûlures, survenus dans les mêmes conditions. D'autre part, nous avons interrogé un officier de chars, hospitalisé pour une fracture, qui nous a dit avoir observé, il y a quelques mois, un cas tout à fait semblable à celui-ci.

De cette constatation, nous tirerons quelques déductions pratiques :

1° Il importe qu'en cas d'incendie en espace clos — et le char d'assaut semble pouvoir réaliser au maximum cette condition — le sauveteur mette son masque avant d'actionner l'extincteur ;

2° Une fois l'incendie éteint, le véhicule sera, avant toute intervention pour réparations, arrosé intérieurement avec de l'eau carbonatée, en tous cas copieusement ventilé pendant plusieurs heures ; les hommes qui procéderont à cette opération devront porter leur masque et des vêtements imperméables.

---

(1) Cade et Mazel. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 18 mai 1923.

Encyclopédie d'Hygiène du Travail, Genève, 1930.

Duvoir, Fabre et Layani. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 10 décembre 1937. Communication au VIIIe Congrès international de Médecine des accidents du travail et des maladies professionnelles (comptes rendus in *Archives des maladies professionnelles*, 4 décembre 1938). *Le Médecin d'Usine*, n° 2, mars 1939).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 15 mai 1940

Sur la spécificité de l'action tératogène de la colchicine chez l'embryon de poulet. — M. Paul Ancel et Mlle Suzanne Lallemand.

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 28 mai 1940

La ration de sucre chez l'enfant. — Le Ministre de la Santé Publique ayant demandé à l'Académie de lui donner son avis au sujet de la ration de sucre de 25 grammes par jour allouée aux enfants par la Carte d'alimentation, M. Lesné, au nom de la Commission d'Hygiène de l'Enfance, n'a pas de peine à démontrer son insuffisance.

M. Lereboullet insiste, avec M. Lesné, sur l'importance de la ration de sucre destinée aux nourrissons et, s'appuyant sur l'observation des nombreux nourrissons des Centres d'élevage des Enfants Assistés de la Seine, rappelle que l'allaitement artificiel ne peut être poursuivi chez eux avec le lait concentré non sucré, notamment, qu'en employant une quantité de sucre égale au moins à 50 grammes par jour.

Le vœu suivant, proposé par M. Lesné, est mis aux voix :

« L'Académie, considérant que le sucre est un aliment de haute valeur calorique indispensable chez le jeune enfant et qui ne peut être remplacé par la saccharine, estime que la ration fixée par la Carte d'alimentation à 25 grammes par jour est insuffisante pour les nourrissons et les enfants âgés de moins de trois ans, cette ration doit être portée à 50 grammes. »

Le vœu est adopté à l'unanimité.

Les diabétiques aux armées. — M. F. Rathery. — Tout sujet qui se dit atteint de diabète, même s'il est aglycosurique, doit être mis, avant de prendre une décision d'incorporation, en surveillance de quelques jours dans un hôpital.

Tous les diabétiques consomptifs et tous diabétiques suivant la cure insulinique doivent être écartés de toute affectation militaire.

Les diabétiques simples, quand leur coefficient d'assimilation glucidique est assez élevé, sont justiciables de certaines affectations ; lorsque le coefficient d'assimilation est peu élevé, ces affectations restent très limitées et ne peuvent se faire que dans des conditions bien déterminées.

Variations de la glutathionémie, au cours du choc insulinique, dans le traitement de la démence précoce. — M. Laignel-Lavastine.

Interventions sur le sympathique pour sédation de la douleur chez trois cancéreux. — M. Lecercle.

Rapports. — Deux rapports ont été déposés par M. Lapicque, au nom de la Commission du vin, et par M. Baudouin, au nom de la Commission du diabète.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 mai 1940

Traitement des infections gonococciques par l'aminobenzène-sulfamidothiazol (2090 R. P.). — MM. J. Célice, Weill-Spire et Fallot ont fait ingérer à 11 blennorragiques aigus et chroniques 9 grammes d'aminobenzène-sulfamidothiazol pendant douze heures consécutives d'un seul jour, à raison de 2 grammes la première heure, 1 gr. 50 la deuxième heure, 1 gramme la troisième heure et 0 gr. 50 d'heure en heure. Ce produit est particulièrement actif sur le gonocoque. Les auteurs ont vu les écoulements se tarir entre sept et vingt-quatre heures et les gonocoques disparaître en même temps. Dans un cas où l'écoulement avait persisté, la reprise du traitement à dose moindre (6 gr.) a déterminé la guérison. Bien toléré par les voies digestives, le 2090 R. P. passe très rapidement dans le sang et les urines, où il ne donne que très peu de dérivés acétylés.

Influence de petites soustractions sanguines répétées sur l'évolution du paludisme thérapeutique dans la paralysie générale — MM. Laignel-Lavastine, Maurice Bouvet et D. Asuad rapportent 4 observations de courbes thermiques montrant que des prises de sang de 20 à 40 cm³ ont plus ou moins fait avorter plusieurs accès fébriles au cours de l'impaludation thérapeutique de la paralysie générale.

Les auteurs se demandent s'il n'y a pas dans cette méthode de saignées minimes mais répétées un moyen de régulation des phénomènes thermiques de la malariathérapie.

Traitement de la méningite cérébro-spinale par l'amino-benzène sulfamido-thiazol. — MM. J.-J. Gournay et P. Molitor. — Deux cas de méningite cérébro-spinale traités par un dérivé thiazolique de l'aminobenzène sulfamide. Les auteurs ont obtenu une guérison clinique et biologique très rapide. Ce dérivé thiazolique (2090 R. P.) leur a paru particulièrement bien supporté, même à doses considérables. Les faibles taux de concentration du produit trouvés dans le liquide céphalo-rachidien semblent plaider en faveur de la très grande activité intrinsèque de cette nouvelle sulfamide qui donne également de bons résultats sur d'autres microbes.

SOCIETE DE BIOLOGIE

Séance du 4 mai 1940

Recherches sur l'urémie chez le lapin au cours de la toxi-infection tuberculeuse du type Yersin. — MM. F. Van Deinse, N. Fethke et J. Solomidès. — Des lapins, inoculés par voie veineuse avec une forte dose de bacilles tuberculeux aviaires font des urémies considérables, alors que chez ceux inoculés par la même voie avec une forte dose de bacilles bovins, on constate une urémie beaucoup moins prononcée et plus tardive.

Microdosage biologique de l'hormone cortico-surrénale. — MM. A. Giroud, N. Santa et Magd Martinet ont mis au point une technique beaucoup plus sensible que les méthodes habituelles fondée sur la semi-contraction de la cellule pigmentaire des poissons sous l'action de l'hormone corticale. Elle peut être effectuée microscopiquement ou photométriquement. On recherche le seuil de l'activité des extraits par dilution progressive. D'après le degré de dilution, il est facile d'estimer la teneur en hormone de l'extrait et par suite celle du cortex.

Variation de l'hormone corticale en fonction de l'acide ascorbique. — MM. A. Giroud, N. Santa et Magd Martinet. — La production de l'hormone corticale dépend de l'acide ascorbique, la déficience C déterminant une insuffisance hormonale du cortex surrénal. Cette donnée explique bien les nombreux faits physiologiques (baisse des capacités de travail) ou chimiques (baisse du glycogène, augmentation de l'acide lactique) de l'hypovitaminose C. Elle explique aussi les symptômes : apathie, adynamie, œdèmes de la carence complète.

Recherches immunologiques chez l'homme soumis à la sérothérapie antitétanique par voie cérébrale. — MM. G. Ramon, M. Ducoste, R. Richou et Mlle M. Buisson. — L'antitoxine tétanique injectée dans le cerveau passe peu à peu et à une vitesse variable, suivant les individus, du liquide céphalo-rachidien dans la circulation sanguine, à travers la barrière méningée.

Sur l'importance du délai s'écoulant entre la mort du BCG et l'extinction de l'allergie tuberculinique qu'il confère. — MM. A. Saenz et G. Canetti. — Les auteurs ont recherché chez des cobayes infectés par du BCG, et sacrifiés à différents stades de leur activité tuberculinique, la survie

ou la mort du BCG. De leurs considérations résulte cette notion qui, si elle se confirme, rend impossible l'affirmation que tout sujet réagissant à la tuberculine peut devenir malade de tuberculose sans contamination bacillaire nouvelle.

Sur la fermentescibilité des substances réductrices du sang dosées par la méthode de Baudouin et Lewin. — M. J. Lewin. — Les substances réductrices dosées dans le sang par la méthode de Baudouin et Lewin sont entièrement fermentescibles. La levure fait complètement disparaître le pouvoir réducteur du sang, à condition que celui-ci ne soit pas additionné de NaF.

Le fluorure de sodium gêne, en effet, la fermentation et l'arrête à un stade plus ou moins avancé suivant les quantités respectives de levure et de fluorure.

Cette fermentescibilité est un argument en faveur de la nature exclusivement glucidique des substances réductrices du sang dosées par la méthode de Baudouin et Lewin.

Sur l'absence d'antitoxine staphylococcique d'origine naturelle dans le liquide céphalo-rachidien de sujets qui renferment dans leur sérum cette antitoxine à des taux variables. — M. R. Richou. — L'antitoxine staphylococcique d'origine naturelle n'a pu être décelée dans le liquide céphalo-rachidien de 30 sujets qui, tous, renfermaient dans leur sérum cette antitoxine à des taux variables.

Ainsi, quelle que soit sa spécificité, elle doit atteindre un taux élevé dans la circulation sanguine pour qu'elle puisse être décelée, en beaucoup plus faible proportion d'ailleurs, dans le liquide céphalo-rachidien.

Eloge nécrologique de M. Weinberg. — M. Comandon, président.

VARIÉTÉS

Petite contribution à la petite histoire

BRETONNEAU, TROUSSEAU ET LASÈGUE

Bretonneau (de Tours) est une des plus grandes figures de la médecine française.

Quand on considère qu'il a découvert la diphtérie et la fièvre typhoïde (celle-ci sous le nom de dothiénentérie) et qu'il en a donné la première description, lorsqu'on se rappelle que, n'ayant que les seules lumières de l'observation, il a formulé d'une manière précise la doctrine de la spécificité, Bretonneau apparaît comme le fondateur de la pathologie des maladies aiguës, comme Laennec fut celui de la pathologie des maladies chroniques.

Sa personnalité est très attachante. Ce praticien de campagne, devenu médecin en chef de l'hôpital général de Tours, a vraiment fondé une Ecole. Il a groupé autour de lui nombre d'élèves dont deux au moins sont devenus célèbres, Velpeau et Trousseau.

Trousseau, qu'il appelait son fils spirituel, fut le grand propagateur de ses idées. Il avait pour son maître une profonde et affectueuse admiration. Jusqu'à sa mort, il se montra son disciple fidèle et dévoué.

Dans sa vie privée, Bretonneau était très original et très indépendant. Dans une notice du Dictionnaire encyclopédique, Beaugrand le dépeint ainsi : « Il ne faisait rien comme les autres. Il dormait en marchant, mangeait quand il avait faim, aussi bien le jour que la nuit. Peu soucieux de ses intérêts, il ne s'occupait nullement de ses honoraires ; le payait qui voulait. Appelé par toute la France, il ne s'y rendait que quand cela lui convenait. A la poursuite d'une idée ou simplement occupé des plantes de son jardin, il abandonnait toute autre affaire et laissait là malades et clients ».

Bretonneau venait souvent à Paris, attiré par Trousseau et les bons amis qu'il y avait. Il y faisait parfois des séjours assez longs. Il y était très recherché comme consultant.

Parmi les occasions qui permirent à Trousseau de manifester ses sentiments envers son maître, il en est une qui mérite d'être signalée : le second mariage de Bretonneau.

A 23 ans, en 1801, Bretonneau avait épousé une demoiselle qui en avait 43. Elle le laissa veuf vers 1826. A 78 ans, en 1856, il se remaria avec une jeune fille de 18 ans. Il avait conservé jusqu'à cet âge une activité intellectuelle et physique qui faisait l'étonnement de tous. En outre, bien que très honnête homme et d'une grande bonté, bien que soumis aux règles des convenances sociales, il s'était libéré de certains préjugés et négligeait les usages qui ne lui paraissaient pas justifiés.

Sur la jeune fille qu'il épousa, Triaire, dans la belle biographie qu'il a consacrée à Bretonneau au début de son ouvrage si attachant, *Bretonneau et ses correspondants*, Triaire s'exprime ainsi. « La jeune fille qu'il épousait, douée d'une remarquable intelligence et d'une rare beauté, était la nièce de Moreau de Tours, l'aliéniste, ancien élève de Bretonneau devenu l'un de ses meilleurs amis. Elle avait grandi au milieu de l'affectueuse amitié des deux médecins et avait été amenée dans les dernières années à servir de secrétaire à Bretonneau. Elle s'était acquittée de ses fonctions avec un charme et une bonne grâce qui l'avaient bientôt rendue indispensable au vieux maître et lui firent concevoir la pensée de ne plus s'en séparer et de se l'attacher par des liens plus étroits ».

Bretonneau ne se dissimula pas que ce mariage serait blâmé par le monde et qu'il attristerait ses admirateurs, ses amis et ses élèves. Son ancien disciple, Velpeau son grand ami Alexis de Tocqueville, n'hésitèrent pas à lui faire sentir leur désapprobation.

Aussi, lorsqu'il s'agit de choisir ses témoins, Bretonneau se trouva embarrassé. Il craignit des refus. Il écrivit à Trousseau une lettre où il lui annonçait son mariage et où il faisait une allusion embarrassée au choix des témoins. La réaction de Trousseau fut immédiate et magnifique. Voici sa réponse.

Paris, 8 octobre 1856,

Mon bien cher Maître, mon père adoptif,

Je n'ai aujourd'hui rien à approuver, rien à blâmer ; j'ai à vous répéter ce que cent fois je vous ai dit, c'est que je n'ai pas oublié que je vous dois peut-être la plus haute, sinon la plus méritée, des positions médicales dans notre pays; c'est que je vous ai toujours trouvé bon, affectueux, dévoué, que je suis décidé à entourer de respect la personne de votre choix et à étouffer par l'éclat de mon approbation les murmures de ceux qui blâment ou qui dénigrent. Il serait injuste et injurieux de ne pas me prendre pour témoin. Adieu, mon Maître, je vous aime et vous embrasse bien tendrement. *Trousseau.*

Trousseau fut donc un des témoins de ce second mariage de Bretonneau. L'autre fut Blache.

Bretonneau jouit encore six ans de sa nouvelle existence. Ses derniers jours s'écoulèrent paisiblement, entourés des soins de sa jeune compagne. Il mourut à 84 ans à Passy où il s'était retiré.

Son souvenir resta profondément gravé chez tous ceux qui l'avaient approché.

***

Lasègue fut le disciple préféré de Trousseau. Pendant un des séjours de Bretonneau à Paris, Trousseau le lui présenta et dès lors, entre le maître de Tours et le jeune chef de cli-

nique de Trousseau s'établirent des relations de plus en plus étroites. De même qu'il appelait Trousseau son fils spirituel, Bretonneau aimait appeler Lasègue son petit-fils. Le respect affectueux que celui-ci avait pour le vieux maître n'excluait pas une certaine familiarité comme en témoignent deux lettres de Lasègue à Bretonneau publiées dans l'ouvrage de Triaire.

Lasègue a consacré à Bretonneau et à Trousseau deux études belles et émouvantes. Elles ont été recueillies dans ses « Etudes médicales ».

En mourant, Trousseau légua sa robe de professeur à Lasègue et sa toque à Peter qui avait été plus tard son chef de clinique et qu'il avait chargé de publier une nouvelle édition de sa *Clinique de l'Hôtel-Dieu*. La toque a été remise par la veuve de Peter à un de ses anciens élèves qui l'a déposée au Musée de l'histoire de la médecine à la Faculté. Elle doit s'y trouver encore. Quant à la robe rouge léguée à Lasègue, on ne sait ce qu'elle est devenue.

Memor.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

Mercredi 22 mai. — Jury : MM. Rouvière, Léon Binet, Aubertin, Giroud. — M. Barritault. L'anatomie en France au xviiie siècle. Les anatomistes du jardin du roi. — Mme Lionnet. L'air alvéolaire en clinique.

Jeudi 23 mai. — Jury : MM. Gougerot, Laignel-Lavastine, Tanon, Moulonguet. — M. Dodanis. Essai de conception de la sclérodermie comme syndrome cutané de l'hyperparathyroïdie. — M. Bigot. Contribution à l'étude des types humains élémentaires. — Mme Doualla Bell. Contribution à l'étude du traitement de la mélancolie chez la femme. — Mme Vergara. De la dromomanie des exilés.

Samedi 25 mai. — Jury : MM. Tiffeneau, Lereboullet, Jeannin, Lenormant. — M. Duchatel. Considérations sur les accidents de la sulfamidothérapie. — Mme Jusseaume. Etude de quelques courbes de température observées au cours d'otites moyennes aiguës suppurées. — M. Franck. Des indications de la conduite de l'épreuve du travail. — M. Berveiller. Contribution à l'étude du cancer de la verge.

Mercredi 29 mai. — Jury : MM. Gosset, Lemierre, Aubertin, Menegaux. — Mme Rabier. Conception moderne du drainage dans l'appendicectomie. — M. Satgé. Contribution à l'étude des expertoriations bacillifères au cours de suppurations pulmonaires. — M. Dupont. Tuberculose trachéobronchique ulcéreuse cliniquement primitive.

Jeudi 30 mai. — Jury : MM. Balthazard, Nobécourt, Tanon, Laignel-Lavastine. — M. Lazarus. Les intoxications digitaliques massives. — M. Coursault. Quelques mots sur l'infection tuberculeuse et son virus. M. Couderc. Contribution à l'étude de l'évolution du thermo-climatique militaire. — M. Wendlandt. Contribution à l'étude des accidents cutanés du novarsénobenzol. — M. Robert. Le paludisme autochtone de la région parisienne. — M. Talairach. Contribution à l'étude des relations des troubles mentaux et des fonctions ovariennes.

THESES VETERINAIRES

Vendredi 24 mai. — Jury : MM. Lemierre, Daille, Robin. — M. Bernard. Une épidémie d'affections typhoïdes aux armées.

Mercredi 29 mai. — Jury : MM. Brumpt, Marotel, Chelle. — M. Broillat. Contribution à l'étude de la bronchite vermineuse des bovins dans le marais poitevin.

NOTES POUR L'INTERNAT

ACROMÉGALIE *(Fin.)* (1)

1° Le système nerveux. — Il est rare qu'il soit intact.

Les *troubles sentitifs* sont très fréquents, sous forme de névralgies en différents territoires, sous forme, surtout, de *crises de céphalée*, symptôme précoce, tenace, de siège occipital habituellement, rebelle aux antinervins, toujours exagéré dans le décubitus dorsal.

Les *troubles intellectuels* peuvent s'observer. Si l'intelligence est généralement intacte, le caractère est sombre, déprimé, facilement irritable.

Enfin, l'examen complet du système nerveux peut déceler l'existence d'une affection neurologique précise, et l'on a récemment insisté sur les cas d'acromégalie associés à une maladie de Recklinghausen, à une *syringomyélie*, faits qui soulèvent d'intéressantes observations pathogéniques.

2° Troubles endocriniens associés. — La pathologie endocrinienne moderne a montré les interréactions intimes existant entre les différentes glandes à sécrétion interne.

L'hypohyse, — glande maîtresse du système — présente donc à ce point de vue une pathologie complexe et c'est tous les domaines qu'il faut explorer pour être renseigné sur l'état endocrinien de l'acromégale. Les renseignements fournis présentent au premier chef une importance capitale pour les déductions *thérapeutiques*.

a) *Autres signes de la série hypophysaire.*

Leur recherche est capitale.

Et surtout importe-t-il de rechercher :

— l'*état de la diurèse*. Souvent existe un diabète insipide, polyurie hypophysaire heureusement influencée par l'opothérapie ;
— l'*obésité*. L'association acromégalie + syndrome de Frœlich est assez rare, mais l'adiposité *simple* s'observe chez les acromégales. ;
— la *glycosurie*. L'association se rencontre parfois, et il peut s'agir :

Soit de glycosuries simples, sans hyperglycémie sous la dépendance de l'adénome pituitaire, ne nécessitant pas la mise en œuvre du traitement antidiabétique.

Soit de diabète vrai. L'hyperfonctionnement hypophysaire s'accompagne alors d'un trouble endocrinien pancréatique, mais le diabète qu'on observe est, dans la majorité des cas, un diabète gras, sans dénutrition.

Ces perturbations métaboliques sont les plus notoires.

Citons encore la recherche d'une *pigmentation* très spéciale du tégument, faite de semis, de taches brunes, punctiformes ou lenticulaires, que d'aucuns rattachent à un vice sécrétoire du lobe intermédiaire hypophysaire.

Nous mettrons à part l'association d'acromégalie avec *gigantisme* qui constitue un *double syndrome hypophysaire*, à vrai dire rarement pur (association quasi-constante de troubles génitaux).

Parfois, c'est *secondairement* chez un géant qu'apparaissent des déformations acromégaloïdes.

Plus souvent, c'est chez un *adolescent* qu'apparaît (en même temps qu'un infantilisme sexuel) l'acromégalo-gigantisme où ce dernier caractère est d'ailleurs *modéré*, portant presque exclusivement sur le segment distal des membres.

b) *Autres atteintes endocriniennes.*

Elles se révèlent dans tous les domaines.

Troubles génitaux. Précoces et quasi-constants, l'*hypertrophie* des organes génitaux externes fait contraste avec l'*atrophie* des organes génitaux internes, qui explique la diminution de l'appétit et de la puissance sexuelles.

Rappelons encore que l'*aménorrhée* et la *stérilité* sont habituelles.

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux*, 1940, n°s 43-44.

Troubles thyroïdiens.

Cliniques : la *peau* des acromégales est flasque, toujours sèche; les cheveux, les poils sont secs et rudes.

Le *métabolisme basal*, avec les réserves qui s'imposent dans sa recherche, est habituellement très perturbé, en augmentation de 20, 30 % sur le chiffre normal.

Mais les associations à des degrés divers se rencontrent, au maximum.

Associations : acromégalie-myxœdème,
acromégalie-maladie de Basedow.

Troubles surrénaux.

Les surrénales des acromégales sont souvent hyperactives, adénomateuses, facteur de l'*hypertension* qui est chez eux d'observation courante.

Chez la femme, des signes de *virilisme surrénal* peuvent être notés, et l'étude des métabolismes cholestérinique et thiémique ajoute encore des renseignements précieux pour la conduite thérapeutique (radiothérapie surrénale associée ici à la radiothérapie hypophysaire).

Troubles pancréatiques.

Rappelons encore la possibilité d'association acromégalie + diabète vrai.

L'importance de toutes ces interréactions est abondamment prouvée, mais, soulignons-le encore, le cadre pathogénique pur est débordé par l'intérêt *thérapeutique*.

3° Signes de tumeur hypophysaire.

a) *Signes de tumeur cérébrale :*

Ils sont rares et toujours *frustes*.

Le *syndrome d'hypertension intracranienne* type manque pendant longtemps, cependant :

— la *céphalée* est, nous l'avons vu, constante.

— des *vomissements*, comme des *convulsions*, peuvent s'observer.

b) *Signes propres de tumeur hypophysaire.*

Beaucoup plus fréquents, tenant aux connexions anatomiques de cette tumeur, donc essentiellement *des signes oculaires* (troubles oculaires par compression du chiasma). C'est au spécialiste que, sans retard, on demandera l'examen :

1° *Au campimètre*, le signe majeur : *l'hémianopsie bitemporale ;*

— elle frappe d'abord la vision des couleurs (dyschromatopsie),

— puis frappe la vision des *contours* dans les champs temporaux,

— puis disparition de la sensation lumineuse.

2° *Du fond d'œil.*

Si la *stase* est rare, *l'atrophie* optique est, par contre, fréquente, alors que l'acuité visuelle est relativement conservée et qu'il n'y a généralement pas de paralysies oculaires.

c) *L'examen radiologique* est le terme de cet examen complet, il est capital et indispensable.

1° *Radiographies des os des extrémités* qui précisent leur hypertrophie ;

2° Surtout : *radiographies céphaliques*. On en demandera plusieurs:

Radiographies totales — face et crâne — faites de face et de profil.

Radiographies partielles, centrées sur la *selle turcique*.

Résultats.

1° *Modifications de la selle turcique.*

Traduisant le développement de la tumeur intra-sellaire.

Dans les cas typiques : selle élargie et plus profonde, uniformément dilatée, apophyse clinoïdes émoussées dos et plancher amincis.

Mais ces signes sont tardifs, et les modifications du début sont d'interprétation délicate, d'autant plus qu'il existe plusieurs types radiologiques de selles turciques normales.

Parfois, la selle semble normale, mais existent des *calcifications* symptomatiques d'une tumeur supra-sellaire.

Donc, une selle turcique apparemment normale ne suffit pas toujours à éliminer l'acromégalie.

2° Autres signes radiologiques importants :

l'élargissement des sinus faciaux, qui apparaissent sous forme de taches claires bien visibles ;

l'épaississement des parois craniennes, qui sont irrégulièrement hypertrophiées et bosselées, surtout la paroi supérieure qui se détache plus nettement.

Telle se présente en clinique l'acromégalie dans sa forme complète.

L'Évolution en est *lente*.

Soit continue, soit par poussées au cours desquelles les troubles sensitifs s'exacerbent en même temps que les déformations se précisent et s'accentuent, généralement en suivant l'ordre suivant : extrémités, face, thorax.

Sans traitement, il est rare que l'affection *se fixe* et finalement, l'état général s'altère, la cachexie s'installe, parfois survient une mort subite.

Actuellement, les traitements modernes modifient cette évolution ; c'est avant tout :

Le traitement radiothérapique hypophysaire auquel les adénomes chromophiles sont particulièrement sensibles ; il constitue la base du traitement ; commencé par séances de courte durée, et à petites doses, il peut être poursuivi longuement et ses succès sont nombreux.

Il sera éventuellement complété par :

soit des cures d'hormonothérapie (génitale surtout),

soit des séances de radiothérapie appliquée à d'autres zones glandulaires (thyroïde, surrénales surtout).

Suivant les particularités endocriniennes qu'aura pu découvrir l'examen clinique tel qu'il a été dit.

Ce n'est qu'en cas d'échec, notamment apprécié par la *persistance des troubles oculaires* que l'on aura soin de vérifier souvent, qu'on pourra préconiser le

Traitement chirurgical qui a pu amener, entre des mains expérimentées, de bons résultats.

Autres aspects cliniques de l'acromégalie

Nous aurons surtout en vue :

Les formes frustes : tantôt tous les signes sont au complet, mais *ébauchés*, tantôt ce sont des formes *incomplètes*.

Ce sont de véritables acromégalies partielles où l'on ne retrouve que des déformations localisées d'une *main*, d'un *pied*, de la *langue*. Ces *macrosomies* sont facilement rattachées à l'acromégalie lorsque existent des signes associés de tumeur hypophysaire ; mais lorsqu'elles sont monosymptomatiques, leur interprétation est plus délicate. Ce sont les faits d'*acromégalisme* ou de *formes acromégaloïdes*, dont la valeur symptomatique est cependant grande, car elles demandent un *examen endocrinien complet*, d'où se déduisent des directives thérapeutiques efficaces.

Les formes transitoires. Ce sont des aspects cliniquements frustes et partiels que l'on peut observer,

lors de la *grossesse*, ou lors de la *croissance*, disparaisant alors quand la croissance a atteint son terme.

De tels faits rendent compte de l'hyperfonctionnement hypophysaire contemporain de ces étapes physiologiques.

Diagnostic. — Il se discute essentiellement par les déformations acromégaliques, lorsque celles-ci ne sont pas absolument typiques, avec :

La maladie de Paget. Mais ici les extrémités sont généralement respectées ; les déformations portent essentiellement sur le *crâne*, non sur la face, et la radiographie montre des os flous, ouatés ;

le *leontiasis ossea*. Ici encore, les extrémités sont respectées, l'hypertrophie du crâne et de la face est beaucoup plus irrégulière.

L'ostéoarthrie hypertrophiante pneumique, par contre, respecte la face et le crâne, la déformation porte essentiellement sur les doigts et les ongles y participent : ils sont bombés, incurvés, fendillés d'une façon caractéristique.

Guy Le Sueur.

PRATIQUE MÉDICALE

Communication de M. le professeur Sohier

Professeur agrégé du Corps de Santé des troupes coloniales
Service de chirurgie de l'hôpital principal de L'A. M. I.
Tananarive

Note sur l'emploi du venin de crapaud (Bufox) dans les néoplasies. — L'emploi du Bufox dans les néoplasies a fait l'objet d'une communication à la séance du 28 novembre 1939 de la Société des Sciences médicales de Madagascar (Tananarive).

Cette médication a été employée dans cinq cas du cancer du col de l'utérus inopérable (infiltration des paramètres, utérus fixé au milieu d'adhérences bloquant le petit bassin). Les résultats observés sont les suivants : diminution ou cessation des douleurs alors que la morphine n'agissait pas ; arrêt des hémorragies; disparition des troubles urinaires et reprise de l'état général. De plus, localement, et fait capital, le petit bassin se dégage, les paramètres deviennent souples et l'ulcération du col tend à bourgeonner. Des biopsies pratiquées en série nous fournissent des résultats très intéressants et nous permettent de gros espoirs. La mise en pratique récente de cette thérapeutique sur des cas par trop restreints ne nous permet pas de formuler des conclusions, mais nos observations cliniques et les résultats anatomo-pathologiques nous font espérer des résultats pleins d'intérêt.

Recherches histologiques sur les épithéliomas malpighiens du col utérin, traités par un venin de crapaud (Bufox). — Communication de M. le Dr Radaody-Ralarosy, de l'Institut Pasteur, à la Société de Pathologie exotique. Séance du 30 janvier 1940.

Nous avons entrepris, au cours des derniers mois de 1939 l'étude histologique de quelques cas inopérables de cancer du col utérin, que M. le médecin capitaine Sohier a essayé de traiter par un venin de crapaud (Bufox).

Il ne s'agit jusqu'à présent que d'épithéliomas malpighiens basocellulaires chez des femmes malgaches à cheveux plats, de race hova, et âgées en moyenne de 52 ans. Les pièces biopsiques ont été prélevées avant le traitement, puis, le traitement commencé, tous les mois.

Bien qu'il n'y ait pas encore suffisamment de recul pour avoir une opinion définitive sur les résultats obtenus, il nous paraît intéressant de signaler d'ores et déjà les quelques faits histologiques, qui doivent correspondre à l'amélioration clinique des cas traités.

Deux mois, ou même un mois après le début du traitement, on constate une *diminution du nombre des monstruosités cellulaires et du nombre des mitoses.* Les éléments *néoplasiques perdent progressivement leur basophilie,* et ont tendance soit à devenir franchement claires (et il y a dans ce cas pycnose du noyau), soit à faire de la dégénérescence hyaline (et il y a dans ce cas caryolise).

La dégénérescence se fait souvent en masse au niveau de toute une travée, qui, secondairement, est envahie par les polynucléaires. Plus on va vers la profondeur, plus le processus est accusé. On voit quelquefois des enroulements épidermiques ; mais ceux-ci n'arrivent pas au stade corné, ou sont envahis pas les polynucléaires avant d'y parvenir.

Le nombre des travées diminue. Entre celles qui restent, le stroma s'étend et devient le siège d'une considérable réaction leucocytaire où prédominent les polynucléaires, auxquels se mêlent de nombreuses hématies extravasées. La réaction fibreuse y est, par contre, faible.

Tout semble se présenter comme si l'amélioration clinique correspondait à un processus de dégénérescence ou de lyse des cellules néoplasiques, allant de la profondeur vers la superficie, et où les leucocytes ne doivent intervenir que secondairement.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.
Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

90130

Nos 47-48. — 12 JUIN 1940. 113e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — L'administration générale de l'Assistance publique à Paris informe les médecins, chirurgiens, accoucheurs, stomatologistes, pharmaciens, évacués de Belgique et du Nord de la France, que certains postes dans les hôpitaux de Paris peuvent leur être attribués.

Décret relatif à la création ou à l'extension de cabinets médicaux ou dentaires. — Le *Journal Officiel* du 6 juin publie le décret suivant, en date du 20 mai 1940 :

Article premier. — Jusqu'à une date qui sera fixée par décret, et sans préjudice de l'application des lois et règlements concernant l'exercice de la médecine et de l'art dentaire, la création ou l'extension de tout cabinet médical ou dentaire est subordonnée à une autorisation du préfet du département dans lequel la création ou l'extension est envisagée.

Cette autorisation est accordée après avis du syndicat départemental intéressé.

Le recours contre la décision préfectorale peut être exercé dans un délai de quinze jours devant le ministre de la santé publique.

Art. 2. — Les cabinets créés depuis le début de la guerre et antérieurement à la date du présent décret, ne pourront être maintenus après la cessation des hostilités qu'avec l'autorisation prévue à l'article précédent. Les intéressés auront un délai de trois mois pour solliciter ladite autorisation.

Art. 3. — Toute infraction aux dispositions de l'article premier est passible d'une amende de 500 à 5.000 francs. En cas de récidive, l'amende peut être portée au double.

Le jugement peut ordonner la fermeture du cabinet ou son rétablissement dans l'état antérieur.

Art. 4. — Les dispositions du décret du 11 septembre 1939, relatif à l'exercice de la profession médicale en temps de guerre, sont applicables aux praticiens de l'art dentaire de l'un et l'autre sexe.

La question des réfugiés dans la région parisienne. — En raison de l'afflux des réfugiés dans la région parisienne, le Conseil d'hygiène du département de la Seine a pris différentes décisions. Il a été procédé d'abord, avec le concours du Syndicat des médecins de la Seine, au recensement des médecins présents à Paris, puis à l'organisation des centres d'accueil et de triage.

Malgré la misère des réfugiés, il a été constaté un nombre très restreint de maladies contagieuses. Les malades sont immédiatement envoyés dans les hôpitaux de Paris.

Le professeur Tanon, inspecteur général des services d'hygiène, a rappelé aux confrères parisiens la nécessité de faire rigoureusement les déclarations prescrites.

Le Conseil s'est occupé, en outre, des questions d'hygiène alimentaire et de la surveillance des eaux.

Conférences de la Sorbonne. — M. le recteur Roussy a organisé, pour le mois de juillet, une série de conférences littéraires et scientifiques. Les conférences auront lieu *à 16 heures*, aux dates indiquées ci-après, dans l'amphithéâtre Richelieu (entrée : 17, rue de la Sorbonne).

Voici le programme des conférences scientifiques et médicales :

Mardi 9 juillet : M. A. Gosset, de l'Institut et de l'Académie de médecine : L'évolution de la chirurgie des voies biliaires.

Jeudi 11 juillet : M. Louis Germain, directeur du Muséum d'histoire naturelle : La vie des animaux au jardin zoologique.

Samedi 13 juillet : M. Armand Lambert, astronome à l'observatoire : Le service de l'heure et le bureau international de l'heure.

Mardi 16 juillet : M. Fernand Bezançon, de l'Académie de médecine : L'orientation de la médecine moderne.

Jeudi 18 juillet : M. Paul Rivet, professeur au Muséum : L'origine de l'homme.

Samedi 20 juillet : M. P.-M. Laignel-Lavastine, de l'Académie de médecine : Quelques foyers successifs de la médecine méditerranéenne.

Mardi 23 juillet : M. A. Baudouin, de l'Académie de médecine : Qu'est-ce que la douleur physique ?

Jeudi 25 juillet : M. A. Lemierre, de l'Académie de médecine : Les vaccinations préventives.

Samedi 27 juillet : M. Georges Guillain, de l'Académie de médecine : La neurologie française de Charcot à nos jours.

Mardi 30 juillet : M. Gustave Roussy, de l'Institut et de l'Académie de médecine, recteur de l'Université de Paris : La vie de l'Université de Paris en 1939-1940.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 20 mai 1940

Une nouvelle diastase dans le lait, la fibrinogénase. — M. Lascar Buruiana.

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 4 juin 1940

Pour le pain bis, M. Delbet revient une fois de plus sur l'importance de l'alimentation usuelle comme facteur de résistance aux infections et à la cancérisation.

Des expériences faites sur des lots de souris lui ont permis de constater que les souris nourries au pain blanc sont en état de moindre résistance, alors que la nourriture au pain complet exerce sur certains cancers une inhibition totale.

M. Delbet dénonce, une fois de plus, le méfaits du pain blanc ; il considère comme criminel de réserver la meilleure partie du froment pour le bétail et d'en priver l'humanité. Il voudrait amener l'Académie à attirer l'attention sur le grand avantage qu'il y aurait, pour la santé physique et morale, à remplacer le pain blanc par le pain bis comprenant, outre la farine blanche, la farine de force et le remoulage blanc.

Les micro-brouillards dans le traitement des affections broncho-pulmonaires. — MM. E. et H. Biancani et P. Roussel ont fait inhaler à des malades atteints d'affections broncho-pulmonaires des micro-brouillards médicamenteux. Parmi ceux-ci, ceux qui agissent sur le vago-sympathique ont fait le sujet d'une étude particulière : pilocarpine et ésérine ; belladone, jusquiame et scopolamine ; adrénaline et éphédrine ; ergotamine et ses dérivés.

Les auteurs rapportent les résultats obtenus avec l'éphédrine, résultats rapides et durables qui peuvent s'expliquer, d'une part, par l'action directe du médicament sur l'arbre respiratoire, et, d'autre part, par son passage dans la circulation.

Ils montrent la valeur de cette méthode de traitement et l'importance du poumon comme organe d'absorption des médicaments dans l'organisme.

Autour de la séance. — La présence dans la salle des Pas Perdus de notre collègue et ami, le professeur Noël Fiessinger, revenu la veille de Dunkerque, retenait un grand nombre d'amis.

Tous étaient heureux de le revoir après tant d'épreuves, tous étaient anxieux d'avoir des nouvelles de ceux qui ont pris part à l'épopée des Flandres, et parmi lesquels se trouvent tant d'êtres chers.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 29 mai 1940

Rapport. — M. Funck-Brentano : Sur un travail de M. Pascalidis : **Ulcères perforés multiples de l'estomac et du duodénum.** — M. Pascalidis relate l'observation d'un homme de 22 ans chez qui est survenue brutalement une crise douloureuse épigastrique, pour laquelle on intervient d'urgence ; deux perforations gastro-duodénales sont découvertes à l'intervention ; résection de la masse calleuse, épiplooplastie. Guérison.

Il faut noter, d'après les statistiques récentes, la fréquence des ulcères multiples diagnostiquées à l'examen de la pièce de gastrectomie. Dans le service Gosset, sur 292 gastrectomies pour ulcus pratiquées de 1930 à 1940, on a noté 27 cas d'ulcères multiples, soit près de 10 %. Mais la simultanéité des perforations est beaucoup plus rare (1 p. 200). M. Funck-Brentano pense que dans le cas de M. Pascalidis, la gastrectomie aurait dû être pratiquée.

Communication. — **Sur les kystes hydatiques de la face convexe du foie.** — M. P. Duval rapporte l'observation d'un homme de 40 ans qui souffrait de crises de dyspnée paroxystique. Les radiographies montrent l'existence d'une tumeur arrondie siégeant au centre de la coupole diaphragmatique droite et permettent de poser le diagnostic de kyste hydatique de la face convexe du foie.

La veille de l'intervention, alcoolisation du phrénique droit. Intervention par voie antérieure, *transpleurale* : résection de la 7e côte, ouverture de la plèvre. Libération de toute la face inférieure, adhérente, du poumon, qui est renvoyée vers le haut de l'hémithorax.

Le kyste hydatique est traité par ouverture et capitonnage de la poche. Les suites opératoires sont des plus simples : légère réaction pleuro-pulmonaire pendant 4 jours. Guérison en 15 jours.

PRATIQUE MÉDICALE

Algies des amputés et vitamine B_1

De nombreux travaux ont paru ces derniers temps sur le traitement des algies des amputés par la vitamine B_1 synthétique : il faut surtout rappeler celui de M. Sliosberg, paru dans la *Presse Médicale*, n° 91, 1939.

M. Sliosberg rappelle tout d'abord que la littérature médicale du monde entier enregistre les succès, parfois éclatants, obtenus avec la vitamine B_1 dans le syndrome atteignant la fibre sensitive, en dehors même de toute étiologie avitaminosique.

Il semble bien que la vitamine B_1 soit entrée définitivement dans le cadre des médicaments à opposer au syndrome douloureux, quelle qu'en soit l'origine, névrites, névralgies diverses, polynévrites alcooliques, toxiques ou endogènes.

L'auteur signale ensuite que, depuis avril 1938, il s'est attaqué au traitement des algies des amputés par cette médication, et, à l'heure actuelle, il possède 84 observations tout à fait intéressantes qu'il analyse longuement du point de vue diagnostic et technique de traitement.

La dose couramment employée dans sa série était de 1 cgr. de vitamine B_1 en injection sous-cutanée quotidienne.

De ces faits, l'auteur conclut que la vitamine B_1 exerce un effet antalgique réel sur les algies des amputés ; cette action semble curative puisque l'amélioration obtenue persiste pendant des mois ; de plus, l'amélioration est excessivement rapide, puisque souvent, dès les premières injections, on note une atténuation des sensations douloureuses et une diminution de la fréquence des crises.

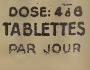
Ces constatations sont à rapprocher des travaux de MM. Toullec et Riou sur le béribéri humain, et de ceux de MM. Bertrand, Ribert et Mme Randoin sur les lésions anatomo-pathologiques observées chez les animaux carencés en vitamine B_1.

On sait que la Bénerva Roche est la vitamine B_1 ou aneurine cristallisée pure. Elle est présentée sous trois formes : comprimés dosés à 1 mgr., ampoules de 1 cm^3 dosées à 2 mgr. et ampoules de 1 cm^3 dosées à 10 mgr. (dosage fort).

La bénerva complètement atoxique permet d'adapter à chaque cas la technique et si on revise les multiples publications consacrées à l'activité thérapeutique de la vitamine B_1 — bénerva Roche — on peut conclure que l'emploi de ce médicament dans le cas particulier des algies des amputés, dont on connaît le caractère rebelle à toute médication, constitue une acquisition nouvelle dont on comprend l'importance surtout à l'heure actuelle.







A PROPOS DE LA TUBERCULOSE

HÉRÉDITÉ OU CONTAGION?

Par L. Babonneix

Membre de l'Académie de Médecine

La tuberculose est-elle héréditaire ou acquise, et, dans ce dernier cas, est-il vrai qu'elle soit le fait d'une contamination remontant à la première enfance ? Grave question, qu'il importe au plus haut point de résoudre, tant sont capitales les conséquences de tout ordre que l'on est amené à tirer de la solution adoptée !

***

Dans un précédent article (1), nous avons exposé la théorie de M. Auguste Lumière qui, reprenant les idées attribuées à Hippocrate (2), fait jouer le rôle principal, sinon exclusif, à l'hérédité. Bien que nous nous soyons efforcé à l'objectivité de règle dans les discussions scientifiques, des maîtres, dont l'opinion nous est précieuse, nous ont fait l'honneur de nous adresser d'amicales objections. Loin de nous l'idée de nous en offenser ! « Qui veut la liberté de « l'art doit vouloir la liberté de la critique, et les luttes « sont toujours bonnes. *Malo periculosam libertatem* ». On nous a surtout reproché de ne pas apporter de conclusions fermes. Précisons donc notre pensée en étudiant aujourd'hui les arguments que l'on peut invoquer en faveur de la contagion, dont J. Grancher et V. Hutinel écrivaient déjà, dans leur magistral article du *Dictionnaire Dechambre*, sur *la Phtisie* : « Non seulement (après la découverte de « Koch) nous sommes forcés d'avouer que la phtisie est « contagieuse, mais, à moins d'admettre la génération « spontanée du bacille, nous devons nier la phtisie spon- « tanée » (p. 523) (3).

***

La théorie « contagionniste » ne date pas d'aujourd'hui. Comme le fait remarquer M. J. Rolland (4), Galien rangeait la phtisie parmi les affections contagieuses. Morgagni s'abstenait de pratiquer ou de faire pratiquer par ses élèves l'autopsie des tuberculeux, redoutant une contamination possible ; Morton, en Angleterre, van Swieten, à Vienne, partagent ses craintes. « Dans différents états de « l'Europe méridionale, au XVIII[e] siècle, en Espagne, dans « les états du Pape, au Portugal, dans le royaume de « Naples, la notion populaire de la contagiosité de la phti- « sie avait pour sanction de brûler les objets ayant appar- « tenu aux phtisiques ; après leur mort, de désinfecter « par des fumigations les locaux qu'ils avaient habités ; la « déclaration de la maladie était obligatoire et cela sous les « peines les plus sévères. En France, à la même époque, les « mêmes idées régnaient dans le Languedoc, en Lorraine ; « Baumes, de Montpellier, avait, dans ses ouvrages, catégori- « quement dénoncé la contagiosité de la phtisie et montré « la nécessité de séparer, pour éviter leur contamination, « les nourrissons de leur mère tuberculeuse ».

Il n'en était pas autrement aux Baléares, au milieu du XIX[e] siècle : les autorités n'obligèrent-elles pas George Sand à incinérer les vêtements, linge, objets de literie ayant servi à Chopin, lors du départ pour la France des deux amants ? N'empêche que la majorité des médecins, ne croyant pas à la contagion, ne prenaient, pour éviter la propagation de la maladie, aucune mesure sérieuse (1).

Il en fut ainsi jusqu'en 1865. C'est à ce moment que Villemin démontre expérimentalement le caractère contagieux de la tuberculose : travail dont les conclusions soulevèrent une opposition si passionnée qu'il faut arriver à la découverte du bacille par Robert Koch (14 mars 1882) pour que la conception de la tuberculose, maladie infectieuse et infectante, fut définitivement acceptée.

Toutefois, on ne fut pas long à se rendre compte que la « doctrine contagionniste simpliste », identifiant la tuberculose aux autres affections contagieuses et admettant la tuberculisation de sujets sains, quel que fût leur âge, toutes les fois qu'ils s'étaient trouvés en contact avec un phtisique expectorant des bacilles, n'expliquait pas tout (2). Comment interpréter, en effet, les deux constatations suivantes : existence de personnes saines, malgré l'ubiquité du bacille, résistance variable à l'infection, considérable chez les uns, malgré la fréquence et l'importance de leurs contacts avec des personnes notoirement tuberculeuses, faible chez les autres ?

Force est donc de remanier cette théorie, en l'appuyant sur deux ordres d'arguments :

1° *Renseignements tirés sur l'étude de la tuberculose du premier âge.*

Si la tuberculose congénitale est exceptionnelle et, jusqu'à nouvel ordre, pratiquement négligeable, il n'en va pas de même de la tuberculose du premier âge, au sujet de laquelle trois notions semblent définitivement acquises :

a) Elle est *très fréquente ;*

b) Elle est *toujours acquise ;*

c) *L'adénopathie caséeuse trachéo-bronchique*, qui, anatomiquement, la caractérise, *est elle-même consécutive à une petite lésion pulmonaire ou fibro-caséeuse* (Parrot, V. Hutinel, Küss), occupant les parties inférieures des lobes et semblant, par suite, d'origine respiratoire (Küss) (3).

Schématiquement, cette tuberculose peut évoluer vers la mort par une généralisation analogue à celle qu'on observe chez le cobaye, ou vers la guérison apparente.

2° *Renseignements fournis par les réactions tuberculiniques.*

D'après les classiques, une cuti-réaction positive, comme on l'observe chez 97 % des adultes, est un « indice cer- « tain que le sujet qui la présente a eu déjà maille à par- « tir avec le bacille tuberculeux » ; est-elle négative, c'est qu'il est indemne de toute infection tuberculeuse.

Présentée sous cette forme simplifiée, la formule est inexacte. D'autre part, en effet, plus on va, plus on est frappé du nombre élevé d'adultes jeunes porteurs d'une cuti-réaction négative et qui, mis en présence du bacille de Koch, se contagionnent avec la même facilité que le

(1) L. Babonneix. Tuberculose et hérédité. *Gazette des Hôpitaux*, n[os] 25-26, 27-30 mars 1940, p. 241-242.

(2) Hippocrate ne signale l'hérédité de la tuberculose qu'à l'occasion de l'épilepsie, « qui naît, comme les autres maladies, par hérédité : si, en effet... d'un phtisique naît un phtisique... » (*Œuvres complètes*, traduction Littré, Paris, 1849, in-8°, VI, p. 365.) Il faudrait encore savoir si la phtisie d'Hippocrate correspond, dans tous les cas, à la phtisie des auteurs modernes.

La tuberculose, Paris, 1939, 2[e] édition, in-18, 384 pages.

(3) Cf. F. Bezançon. *Les bases actuelles du problème de la tuberculose.* Paris, 1922, in-16, 196 pages, et Ed. Rist.

(4) J. Rolland. La tuberculose pulmonaire. *Nouveau Traité de pathologie interne*, Paris, 1938, in-8°, p. 656-666. Les citations entre guillemets sont empruntées à cet excellent article d'un des meilleurs élèves de M. Edouard Rist.

(1) Sur l'histoire des théories attribuant la tuberculose soit à la contagion, soit à l'hérédité, on lira, avec autant de plaisir que de profit, l'ouvrage suivant : M. Piéry et J. Roshem. *Histoire de la tuberculose*, Paris, 1931, in-8°, 473 pages.

(2) Cf. aussi P. Ameuille et Mme Dubois-Verlière, Sur la contagion de la tuberculose, *Le Bulletin Médical*, 18 février 1939, p. 122-123.

(3) G. Küss. Hérédité parasitaire de la tuberculose humaine. Paris, 1898.

nourrisson (le fait est particulièrement frappant pour les étudiants en médecine) (1). D'autre part, une réaction négative peut se voir, dans certaines conditions, chez des sujets tuberculeux atteints d'affections hépatiques (*anergie hépatique* de Ch. Fiessinger), de fièvres éruptives, de cachexie, etc., ou se trouvant à la *période anté-allergique* de L. Bernard et Paraf, qui n'est autre qu'une période d'incubation, correspondant à la période qui s'écoule de l'inoculation à l'apparition d'une cuti-réaction positive.

Tous les sujets chez qui la cuti-réaction est positive ne sont pas destinés, tant s'en faut, à devenir des tuberculeux.

Les uns, pour qui la contamination infantile a été minime, accidentelle, ne laissant comme traces qu'une calcification hilaire peu étendue, sont, de par cette contamination même, rendus plus résistants à l'égard d'une réinfection tuberculeuse, cette résistance étant d'ailleurs non absolue, mais relative. Ils sont en état d'*allergie* (v. Pirquet) (2), dans lequel se combinent, à proportions variables, sensibilité et résistance, celle-ci l'emportant de beaucoup sur celle-là. Se maintient-elle, aucune chance de contamination nouvelle. Il n'en va plus de même si, sous l'influence de diverses causes : physiologiques : grossesse, puerpéralité, ou pathologique : infections, intoxications intercurrentes, régimes de carence (E. Sergent), elle fléchit : il se produit alors des rechutes qui ont, avec le phénomène de Koch, d'étranges analogies. Se relève-t-elle, la santé des patients s'améliore. Ainsi s'expliquent les *courbes évolutives* si caractéristique que le professeur Bezançon et son école ont si bien analysées.

Les autres ont été victimes d'une infection initiale massive ou prolongée, ayant laissé à sa suite d'importantes lésions ganglionnaires ou parenchymateuses : ils sont particulièrement exposés aux rechutes. Ces rechutes, dues à une réinfection endogène ayant pour origine une de ces lésions (Küss) ont, à diverses reprises, été l'objet des études de notre maître, le professeur Emile Sergent (3), qui oppose cette « *réactivation* de foyers tuberculeux latents « restés bacillifères, c'est-à-dire virulents, mais ne don- « nant aucun signe d'évolution », à la *réinfection* que nous vonons d'étudier.

Ainsi, pour la plupart des classiques, la contagion s'explique soit par un état d'anergie congénital ou acquis, soit par le fléchissement, sous l'influence de diverses causes, d'un état allergique préexistant. Quelle que soit la valeur de ces raisonnements, fondés sur les résultats de la cuti-réaction, d'éminents phtisiologues (F. Bezançon, E. Sergent) se sont demandé si tout le problème se réduisait à une simple question d'allergie et si d'autres facteurs étiologiques n'intervenaient pas. Que dit, à ce sujet, l'observation journalière ?

M. F. Dumarest (4), qui a, de longues années, suivi ses malades avec un soin minutieux, divise ses cas en quatre catégories :

1° *Ceux où la contagion paraît certaine, mais demeure inexplicable ;*

2° *Ceux où elle est avérée* (femmes de tuberculeux, médecins et infirmières de sanatoria), *mais demeure inefficace ;*

3° *Ceux où elle est avérée et efficace :*

4° *Ceux qui démontrent que la résistance générale des individus n'a aucun rapport avec leur résistance spécifique à la tuberculose :* « On voit des gringalets, porteurs ou non de stigmates personnels ou héréditaires, qui ne sont capables que de tuberculose bénigne et qui, de toute évidence, résistent admirablement à l'infection bacillaire. A côté d'eux, des individus de magnifique stature et de santé superbe font d'emblée des formes graves et sont fauchés sans opposer aucune résistance apparente » (1).

Comment expliquer ces contradictions autrement qu'en invoquant « la vieille notion du terrain, dont Sergent soulignait jadis toute l'importance, lorsqu'il montrait à quel point des différences impondérables dans les milieux de culture peuvent favoriser ou entraver la réussite des ensemencements », modifier, non seulement la forme, mais aussi les propriétés biologiques du bacille, exercer une indéniable influence sur l'évolution de la tuberculose chez le cobaye (A. Calmette, Boquet et Nègre) (2) ? On arrive aux mêmes conclusions en étudiant les tuberculoses animales, si variables d'une race à l'autre, ces variations ne pouvant dépendre que du terrain.

Ce terrain, sur l'importance duquel, tour à tour, les professeurs F. Bezançon et E. Sergent, MM. Aubertin (de Bordeaux) (3) et Delore (de Lyon) ont insisté, ces « prédispositions », comment le définir ?

C'est ici que les difficultés commencent.

Pour les uns, il est constitué essentiellement par les *propriétés physico-chimiques des humeurs*, et c'est ici l'occasion de rappeler diverses théories : théorie « *colloïdale* » des états physiologiques et pathologiques, qu'a conçue et développée avec tant de bonheur M. Auguste Lumière ; *théorie de la déminéralisation organique globale*, soutenue par Albert Robin ; *théorie de la décalcification*, du professeur Emile Sergent, laquelle a été, comme la précédente, très discutée, bien qu'elle repose sur des bases solides, comme le montrent les résultats que donne, chez les tuberculeux, la méthode de M. Paul Ferrier, dont nous nous honorons d'avoir jadis été l'élève ; *perturbations de l'équilibre acido-basique*, le bacille de Koch ne pouvant être phagocyté qu'en milieu neutre ou légèrement alcalin (P. Delore), théorie qui rejoint la précédente, la décalcification, qui conduit à l'acidose, étant sous la dépendance, pour M. Ferrier, d'une acidose exagérée des humeurs ; théories qui font jouer un rôle *à la faible quantité, dans le sérum, de la cholestérine* (Idrac) *ou de la lécithine* (Calmette, Massol et Guérin), faisant remarquer, pour cette dernière, qu'elle est très abondante chez le cheval, le chien, la chèvre, et au contraire, très rare chez l'homme et chez le cobaye, ceux-ci étant sensibles, ceux-là réfractaires à la tuberculose, etc.

Pour les autres, il est déterminé, avant tout, par des « *manières d'être* » *structurales.* Mais, comme on admet aujourd'hui que la structure des tissus dépend du milieu humoral, cette cause n'a pas droit à une mention spéciale.

A ces éléments constituants, dans le déterminisme desquels intervient assurément le « facteur héréditaire », ajoutons les *influences raciales*, dont la preuve est fournie par la réceptivité des nègres à la tuberculose et par la rapidité avec laquelle évolue, chez eux, cette affection.

On peut encore incriminer la *déficience de certains* tissus favorisant la localisation du bacille tuberculeux sur un même organe (loi de Turban), au même âge (loi de Brehmer), comme le donnent à penser les observations de Mouysset (de Lyon), sur lesquelles nous reviendrons ; la

(1) Cf. J. Troisier et M. Bariéty. La tuberculose post-anergique des adolescents. Echéance. Déductions prophylactiques. *Académie de médecine*, séance du 24 octobre 1939.

(2) J. Albert-Weill. La contagion de la tuberculose. *Paris Médical*, 5 août 1939, p. 117-120.

(3) Emile Sergent. *Les réveils de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte.* Paris, 1933, in-8°, p. 60-70.

(4) F. Dumarest. Sur le rôle respectif de l'hérédité et de la contagion dans la genèse de la tuberculose. *Bulletin Médical*, 30 mars 1936.

(1) Cf. E. Sergent, *opere citato*, p. 71-105 ; E. Sergent et Turpin, *Congrès de la tuberculose*, Lyon, avril 1927.

(2) A. Calmette, Boquet et Nègre. Rôle du facteur terrain dans l'évolution de la tuberculose expérimentale du lapin et du cobaye. *Académie des Sciences*, 30 avril 1923.

(3) Aubertin. Le développement de l'infection bacillaire chez l'homme. Paris, 1924.

prédisposition de certains autres, cette prédisposition s'expliquant, pour le poumon, de diverses façons (Delore) : irritations exogènes, présence d'oxygène dans les alvéoles, faible concentration de CO^2 dans l'air alvéolaire, rôle du parenchyme pulmonaire dans le métabolisme des graisses (H. Roger et L. Binet) ; le *rôle de certaines glandes endocrines :* corps thyroïde, *ou endo-exocrines :* foie, etc.

Il s'en faut que cette brève énumération épuise le sujet. Pour M. Dumarest, la question du terrain se ramène à celle de la *résistance spécifique*, en partie, elle aussi, d'origine héréditaire.

« Cette hypothèse explique tout : seule, elle éclaire les affinités du bacille de Koch, les caprices et les paradoxes apparents de la contagion tuberculeuse et, seule, elle fournit la clef de l'étonnant polymorphisme des formes cliniques de cette infection, qui n'est que l'expression du mode réactionnel individuel d'organismes partiellement immunisés. Elle nous dit comment il peut se faire que la contagion bacillaire épargne les plus exposés pour frapper les mieux protégés, car ce sont les premiers qui, par le mécanisme des petites inoculations répétées, peuvent arriver à s'immuniser eux-mêmes et à transmettre à leur descendance la résistance spécifique ».

Elle rend compte des faits observés, il y a bien longtemps déjà, par le professeur Marfan, pour qui la tuberculose pulmonaire ne se développe pour ainsi dire jamais chez des sujets porteurs d'écrouelles. Elle nous permet d'opposer la réceptivité à la tuberculose des nègres, race neuve, à la résistance spécifique relative des vieilles races civilisées.

Il est aussi possible, comme le pensent les professeurs Bezançon et Sergent, que, dans le développement de la tuberculose, d'autres facteurs entrent en jeu : circonstances qui font des sujets des *déracinés*, des *transplantés*, sans oublier les *causes habituelles de débilitation :* misère physiologique, inanition (Peter), manque de sommeil, abus des exercices physiques, excès sexuels, insalubrité des locaux, carences (G. Mouriquand), modifiant toutes le terrain dans un sens défavorable.

***

Après avoir successivement exposé les arguments principaux en faveur des deux théories qui prétendent expliquer le développement de la tuberculose, il ne nous reste qu'à conclure.

1° Le rôle de l'hérédité est démontré par divers arguments :

Cliniques : « différence de résistance qu'offrent à l'inoculation bacillaire les vieilles races civilisées, les nôtres, « et les neuves », ce facteur héréditaire pouvant être *prédisposant* ou *déterminant* (G. Sée, Peter, Landouzy et H. Martin). Sans doute, ces affirmations ont-elles été contestées par des phtisiologues de la valeur de M. R. Debré et de M. Ed. Rist. Il nous semble cependant qu'elles contiennent une part de vérité. Comment expliquer autrement :

a) Les faits observés par certains auteurs, dont Mouisset (de Lyon), concernant les membres d'une même famille faisant, au *même* âge, une tuberculose de *même* localisation ;

b) Les recherches statistiques anciennes, confirmées par celles, plus récentes, de MM. E. Sergent et Vidrasco, pour qui « l'hérédité similaire peut être invoquée dans 340 cas pour 1.000 (1) ?

Expérimentaux : de recherches portant sur 30.000 cobayes, Wright et Lewis concluent à l'existence, dans 30 % des cas, d'une influence héréditaire indéniable (2) ;

Biologiques : le « terrain », si mal défini qu'il soit, est pour une partie au moins, lié à l'hérédité ;

(1) et (2) in Sergent, *opere citato*, p. 89-90.

Génétiques : « il y a des lignées de cobayes plus ou moins sensibles à la tuberculose. Chez l'homme, Diehl et Vershuer, par l'étude des jumeaux, ont conclu à l'importance du terrain héréditaire dans l'infection tuberculeuse » (1).

Même si l'on décide de ne tenir aucun compte des considérations développées par M. Auguste Lumière, manière de faire à laquelle, pour notre part, nous ne saurions nous résigner, force est donc d'attribuer à l' « hérédité », qui, d'ailleurs, n'est pas fatale (Dumarest), un rôle indiscutable. N'est-il pas admis par des cliniciens tels que Morton, Grancher et Hutinel (2), Peter, Pidoux, Germain Sée ? Et Villemin ne l'invoque-t-il pas implicitement quand il parle, à propos de la tuberculose, de « la transmission d'une aptitude plus ou moins marquée à contracter la maladie » ? Resterait encore à en préciser l'importance. A l'heure actuelle, rien de plus difficile ! Tout ce que l'on peut dire, c'est que si, à notre sens, elle est plus grande que ne le croit M. Dufourt (de Lyon) (3), elle est *infiniment moindre* que celle de la contagion.

2° Peut-être favorisée par l'hérédité, selon la théorie de Baumgarten, qu'a séduit, selon la spirituelle expression de M. Ed. Rist, l'entreprise de réconcilier Hippocrate et Koch, la contagion intervient dans la plupart des cas. Ici encore, il faut distinguer.

Si, chez l'adulte, elle n'entre en jeu que dans certaines circonstances, souvent malaisée à définir, elle *est la seule cause qui intervienne dans la tuberculisation du jeune enfant* (1). Voilà un point sur lequel sont d'accord phtisiologues et pédiatres. Le jeune enfant se comporte, envers le bacille de Koch, comme un véritable cobaye. Toutes les fois qu'il se trouve en sa présence, il se tuberculise d'autant plus facilement que :

1° Son organisme ne possède encore aucun moyen de résistance qui lui permette de lutter contre ce germe ;

2° Les occasions de contage sont plus fréquentes ;

3° Les bacilles sont plus nombreux et plus virulents (L. Bernard, L. Debré et leurs élèves).

Or, trop souvent, ce bacille lui est fourni par son entourage, que ses parents (ou grands-parents) soient des phtisiques avérés ou qu'ils soient porteurs d'une tuberculose « camouflée sous les apparences d'une rhino-pharyngite banale », d'un « catarrhe des fumeurs », d'un asthme, d'un emphysème. La tâche qui s'impose à tout médecin consiste donc à soustraire, aussi complètement que possible, l'enfant sain, qui, comme le jeune animal (Nocard), *est né non tuberculeux, mais tuberculisable*, au contact d'un porteur de bacilles. C'est ce qu'avait, avec sa lumineuse intelligence, compris le professeur Grancher. Que ses conceptions anatomiques et cliniques de la tuberculose aient vieilli, qu'on ne croie plus aujourd'hui (F. Bezançon) au début des lésions par l'acinus et à la valeur des modifications inspiratoires caractérisant la période de germination, d'accord ! Mais que, se rappelant les travaux de son maître Pasteur sur la sériculture et sur la nécessité de sauver la graine, il ait voulu sauver la *graine humaine*, en créant l'*Œuvre de préservation de l'enfance*, c'est ce qu'on ne peut, sans injustice, lui contester. Et c'est pourquoi sa mémoire ne périra point.

(1) L. Cuénot et Jean Rostand. Introduction à la génétique, Paris, 1936, in-18, p. 107-108.

(2) J. Grancher et V. Hutinel, art. *Phtisie du Dictionnaire Dechambre*, p. 455. Nous ne citons pas Laennec, parce que les arguments sur lesquels il s'appuie pour mettre en cause l'hérédité s'expliquent, en réalité, par une contagion familiale.

(3) André Dufourt. Hérédité et terrain dans la tuberculose. *Monde Médical*, 1-15 juin 1935, n° 865, p. 742-751.

(1) Abstraction faite de la question du virus filtrant, encore à l'étude.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 49-50. — 14 juin-21 août 1940. 113e ANNEE Les deux numéros groupés, 1 fr. 20.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE

3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER

Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

SOMMAIRE

Notre dernier numéro (47-48) portant la date du 12 juin n'avait pu être expédié, la poste ayant alors suspendu ses départs. Ce numéro ayant pu être enfin acheminé au début d'août, nous reprenons aujourd'hui la publication de la Gazette des Hôpitaux.

INFORMATIONS

Santé publique. — Par décret en date du 18 juillet 1940, M. Serge Huard, chirurgien des hôpitaux de Paris, a été nommé secrétaire général de la Santé publique.

Hôpitaux de Paris. — Les hôpitaux ont continué à fonctionner régulièrement depuis le 12 juin. Actuellement tous les hôpitaux sont ouverts au public, à l'exception des hôpitaux Hérold, Lariboisière et Tarnier. Une partie seulement des hôpitaux Beaujon-Clichy et de la Pitié est ouverte au public.

Université de Paris. — Depuis le 14 juin, M. le Recteur Roussy a rempli avec une autorité et une dignité à laquelle tous rendent hommage, les fonctions de grand maître de l'Université. Son rôle ne s'est pas borné à rouvrir les écoles, les lycées (Louis-le-Grand fonctionne depuis le 24 juin) et les Facultés affirmant ainsi la vitalité de l'Université de Paris. M. le Recteur s'est occupé encore avec un grand dévouement de la question du ravitaillement, de la distribution du lait, de la protection de l'enfance, de l'organisation des centres d'accueil de réfugiés dans différents établissements scolaires. Pour les étudiants et les membres de l'enseignement, il a organisé des repas économiques au quartier latin.

Les conférences scientifiques et littéraires organisées en juillet à la Sorbonne ont eu un vif succès. La dernière conférence a été faite par M. le Recteur lui-même. Elle était consacrée à la vie de l'Université en 1940. L'accueil que le conférencier a reçu d'une assistance considérable dans laquelle on remarquait S. E. le Cardinal Baudrillart, recteur de l'Institut catholique, et de nombreux membres de l'Institut, de l'Académie de Médecine et des corps enseignants, a montré combien ont été appréciés ses efforts.

Faculté de Médecine. — Depuis le 12 juin M. le professeur Baudouin, assesseur, a rempli les fonctions de doyen et Mlle Huré, la dévouée secrétaire de l'A. D. R. M., celles de secrétaire de la Faculté.

La bibliothèque a été ouverte dès le 21 juin. Les examens interrompus depuis le 13 juin ont repris à partir du 5 août.

Sociétés savantes. — L'Académie des Sciences, l'Académie de Médecine, la Société Médicale des hôpitaux tiennent leurs séances même pendant les vacances.

L'Académie de Chirurgie a tenu sa dernière séance le 10 juillet.

Institut Pasteur. — L'Institut Pasteur n'a pas cessé de fonctionner sous la direction de M. Gaston Ramon, sous-directeur. La production des sérums et des vaccins continue et les médecins peuvent se les procurer comme par le passé, en s'adressant à l'Institut Pasteur, 25, rue du Docteur-Roux.

Préfecture de police. — Les services médicaux et les services d'hygiène ont fonctionné sans interruption depuis le 12 juin. On trouvera plus loin, dans le compte rendu de l'Académie de Médecine, une communication de M. le Professeur Tanon sur ce sujet.

Nécrologie

Nous avons la tristesse d'annoncer les décès de :

Notre vénéré maître M. Armand Siredey, médecin honoraire des hôpitaux, ancien président de l'Académie de médecine, commandeur de la Légion d'honneur. Il était âgé de 84 ans.

— Du Dr Thierry de Martel, ancien chef de clinique de la Faculté, chirurgien de l'hôpital américain. Notre cher collègue et ami a succombé à Paris, le 14 juin, son cœur meurtri n'ayant pu supporter le désastre qui accable la France.

— Du professeur Mauclaire, chirurgien des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de Médecine, décédé à Poitiers.

— Du Dr André Schaeffer, ancien interne des hôpitaux de Paris, tué à Blois, par obus, le 18 juin 1940.

— De Mme le Dr Pouchet-Souffland, chevalier de la Légion d'honneur, veuve du regretté professeur Pouchet, membre de l'Académie de Médecine.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 11 juin 1940

M. Pierre Duval, président, annonce la mort de M. L. Spilimann (de Nancy), décédé à Rennes.

L'organisation de l'hygiène sociale et de la protection maternelle et infantile dans le département de la Drôme. — M. Armand-Delille.

Séance du 18 juin 1940

Séance officieuse qui permet une prise de contact entre les membres présents. Un échange de vues a lieu sur différentes questions : *Tuberculose*, MM. Baudouin et Bezançon ; *Blessés*, M. Baudouin ; *Ravitaillement en lait*, M. Goris ; *Enseignement*, M. Roussy.

Il est décidé que les séances seront mentionnées au *Bulletin municipal officiel*.

Séance du 25 juin 1940

B. C. G. — M. Guérin, au nom de MM. Foley et Parrot, d'Alger, apporte un travail sur un essai de prémunition antituberculeuse collective par scarifications cutanées de B. C. G.

Etude statistique sur la tuberculose dans les deux sexes. — M. F. Bezançon présente un travail de M. Evrot, qui donne lieu à une très intéressante discussion.

L'auteur a constaté, et c'est un fait admis, qu'il y a plus de femmes que d'hommes dans les sanatoriums. La mortalité est grande chez les jeunes femmes entre 15 et 30 ans. A partir de cet âge, la mortalité est plus grande chez l'homme que chez la femme.

M. Rist. — Les statistiques sont concordantes sur tous les points, la gravité plus grande de la tuberculose chez la femme dépend de l'activité de sa vie génitale, en particulier de l'adolescence à la trentième année. Chaque menstruation, chaque grossesse, chaque avortement, même la ménopause, peuvent être des causes prédisposantes.

M. Sergent est d'accord avec M. Rist, il insiste sur l'intérêt qu'il y aurait à fixer ces points.

M. Bezançon. — La courbe de mortalité des jeunes filles se relève deux ans avant celle des garçons. Vers 29 ans, la courbe baisse, alors que la vie génitale continue. Le travail en usine peut jouer un grand rôle dans la prédisposition à la tuberculose des jeunes filles ou jeunes femmes.

A la campagne, la mortalité reste grande pendant toute la vie. Il faut alors incriminer la fatigue sexuelle et le travail de la ferme et du ménage.

M. Rist. — Ce sont les premières gestations qui sont aggravantes, et surtout les gestations très rapprochées.

M. Bezançon, en terminant, remarque que les statistiques de M. Evrot confirment celles de Léon Bernard.

L'organisation des secours sanitaires depuis l'occupation. — M. Tanon met au courant l'Académie des mesures prises par les services d'hygiène de la Préfecture de police, d'accord avec l'Assistance Publique et le Syndicat des Médecins de la Seine, pour la réorganisation des secours sanitaires.

Les hôpitaux fonctionnent normalement avec un personnel réduit.

Les postes souterrains de la D. P. sont devenus des postes de secours pour les blessés et malades de la voie publique. N'oublions pas qu'ils ont servi pendant l'attaque aérienne du 3 juin.

Les postes de surface continuent à fonctionner comme dispensaires.

Réfugiés. — Depuis l'occupation il a fallu se préoccuper des réfugiés, les faire reposer, les nourrir, soigner les malades, assurer la prévention des maladies, etc.

Sous la direction des médecins chefs des secteurs sanitaires, les médecins de la D. P. ont assuré le service médical des centres d'accueil. Les médicaments et le matériel ont été fournis par les postes souterrains. Quant aux locaux, ce sont généralement des établissements scolaires mis à la disposition de la Préfecture par M. le Recteur Roussy qui ont reçu les réfugiés.

M. Tanon insiste sur les mesures prises contre les maladies contagieuses, déclaration, désinfection, etc.

Il dit combien il a eu à se louer du S. M. S., dont le président, le Dr Boelle, lui a apporté tout son concours. La liste des médecins présents est affichée dans les mairies. Le service médical de nuit fonctionne normalement.

M. Tanon précise que l'autorité allemande insiste sur les déclarations des maladies contagieuses et la surveillance de la prostitution. Les médecins allemands ont pris possession de quelques laboratoires, enfin ils ont chargé M. Tanon d'exercer sa surveillance non seulement sur Paris et la Seine, mais aussi sur la Seine-et-Oise et la Seine-et-Marne.

En terminant, M. Tanon remarque que l'état sanitaire de Paris et de la Seine est excellent.

Séance du 2 juillet 1940

Sexualité et tuberculose dans l'enfance. — M. P. Nobécourt. — De la naissance à 15 ans, aux mêmes âges, les cuti-réactions positives à la tuberculine sont plus fréquentes chez les filles que chez les garçons, sauf dans les quatrième et treizième années. L'excès chez les filles est faible de la naissance à 2 ans, un peu plus fort de 2 à 6 ans, plus fort de 6 à 10 ans ; il diminue de 10 à 15 ans.

La proportion des tuberculoses actives, par rapport aux tuberculoses inactives, est plus élevée chez les filles que chez les garçons de 1 à 2 ans et de 10 à 15 ans, sensiblement la même dans les deux sexes de 2 à 10 ans. Les plus forts excès pour les filles sont dans les septième, huitième, onzième et quinzième années.

Il semble donc que, pendant l'enfance, à certaines périodes, les filles se défendent moins bien que les garçons contre les bacilles de Koch.

M. Bezançon remercie M. Nobécourt d'avoir apporté ces documents qui complètent et confirment ceux dont il a fait part à l'Académie dans la séance précédente.

Ulcères gastro-duodénaux. — M. Hartmann insiste à nouveau sur la recrudescence des ulcères gastro-duodénaux depuis le début de la guerre.

Séance du 8 juillet 1940

Les psychoses d'épuisement somato-psychiques. — MM. Laignel-Lavastine, Bouvet et Follin.

Séance du 16 juillet 1940

La mortalité tuberculeuse à Paris pendant 73 ans. — MM. F. Bezançon et Evrot apportent une remarquable étude statistique sur ce sujet.

La mortalité, suivant le sexe, dans l'enfance et la jeunesse. — M. P. Nobécourt. — Les statistiques dressées par MM. Lesage et Marcel Moine pour la France, établissent les faits suivants :

1° La mortalité des garçons est nettement supérieure à celle des filles pendant la vie fœtale (avortements), à la naissance (mortinatalité), pendant la première année et de 1 à 4 ans ; de 5 à 9 ans, elle est encore un peu plus forte, mais la différence entre les sexes est faible ;

2° La mortalité des filles est nettement supérieure à celle des garçons de 10 à 14 ans, et surtout de 15 à 19 ans ;

3° La mortalité des garçons redevient nettement supérieure à celle des filles de 20 à 24 ans.

La prédominance des décès des garçons jusqu'à 9 ans, celle des décès des filles de 10 à 14 ans, semblent bien établir le rôle de la sexualité, car, pendant cette période de l'existence, les enfants des deux sexes ont sensiblement le même genre de vie. Ensuite des facteurs complexes interviennent.



Digestions pénibles
lentes et retardées
Insuffisance
gastrique
ÉLIXIR GREZ
ÉLIXIR
GREZ
Chlorhydro-Pepsique
TONI-DIGESTIF
DÉPOT Gal
PARIS
Laboratoires
MONIN
49, Rue de Maubeuge
PARIS



Le Jécol est au foie ce que la digitale est au cœur.
JÉCOL
C'est l'auxiliaire physiologique de tout traitement entéro-hépatique.
JÉCOL
JÉCOL
JÉCOL
1 OU 2 CACHETS FIN CHAQUE REPAS
COMBRETUM-BOLDO-EVONYMINE
LAB. COURBEVOIE (SEINE)

RHUMATISME STAPHYLOCOCCIQUE

Par Maurice Loeper et Georges Lebret (1)

Le rhumatisme, ainsi que son nom l'indique, est une fluxion articulaire dont l'acuité, l'étendue, la durée sont éminemment variables avec la cause qui le détermine et le terrain sur lequel il se produit. C'est aussi bien la polyarthrite aiguë de Bouillaud que les arthrites infectieuses de la blennorragie ou de la scarlatine ; la polyarthrite subaiguë et récidivante des infections dentaires, biliaires ou intestinales, que l'arthrite progressive, précipitante, déformante de la maladie de Charcot.

Pour reconnaître et traiter un rhumatisme, il ne suffit certes pas d'en définir la localisation ou l'extension, d'en constater la fièvre ou l'apyrexie, d'en apprécier l'exsudation ou la plasticité, l'ankylose ou les concrétions. Il faut aussi en connaître l'étiologie.

Or, s'il est des rhumatismes spécifiques dont les causes sont certaines ou connues, il en est dont l'étiologie n'est pas univoque malgré l'identité de leurs réactions ou la grande analogie de leur évolution. La forme exsudative, plastique, suppurative, dépend plus de la virulence du microbe que de sa nature même; elle dépend aussi plus encore de la réaction du tissu que de la prédisposition du sujet. On voit la même gamme de réactions et de lésions avec des microbes très différents. La plus grande fréquence de telle ou telle forme varie certes suivant le microbe; mais elle témoigne d'une dominante, mais non d'une exclusivité.

Pareille remarque ne s'applique évidemment qu'aux rhumatismes d'étiologie infectieuse, à ceux bien connus de la blennorragie, des maladies éruptives et même parasitaires connues depuis longtemps. Elle ne s'applique guère aux rhumatismes humoraux ou endocriniens et pas du tout aux arthroses. Mais elle s'applique aussi aux arthrites plus récemment étudiées des amygdalo-pharyngites, des affections dentaires, prostatiques et utérines, qui peuvent faire des formes prolongées ou chroniques où l'élément trophique peut s'associer à l'élément inflammatoire. Pemberton Rosenow, Wilcox ont montré, et peut-être exagéré, l'importance de ces manifestations, mais ils ont à coup sûr prouvé leur existence.

Dans ces diverses affections qui représenteraient, au dire de ces auteurs, 50 à 60 % d'amygdalites, 30 à 40 % de lésions dentaires et 10 à 15 % d'affections prostatiques, le streptocoque est en général incriminé.

Le pneumocoque est moins souvent invoqué. Et le staphylocoque presque jamais.

Pourtant, il est sans aucun doute capable de provoquer des réactions articulaires. Si la preuve bactériologique n'en a jamais été formellement donnée, la preuve clinique peut en être aisément fournie et elle n'est pas sans valeur : la plupart en effet se produisent chez des malades sujets depuis longtemps à la furonculose. Bien plus, les épreuves biologiques, sériques, voire l'efficacité du traitement, viennent souvent consolider cette hypothèse et confirmer cette étiologie.

(1) Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine.

***

Nous avons eu récemment trois observations de rhumatisme staphylococcique et avons pensé pouvoir en discuter, après d'autres, le diagnostic, la pathogénie et la thérapeutique.

Une de nos observations date de 1938. Elle a trait à un instituteur d'Auxerre âgé de 45 ans, qui se plaint de douleurs articulaires aux doigts, aux pieds, aux clavicules et même à la colonne lombaire, ce qui l'oblige à marcher courbé comme un vieillard. La région claviculaire gauche est le siège d'un gonflement, trois doigts sont déformés à leur articulation métacarpo-phalangienne. C'est un malade pâle, fatigué, en proie à de petites poussées fébriles. Il est ainsi depuis 1936. Or, un an avant, en 1935, il avait présenté des poussées de furoncles pour ainsi dire subintrantes.

L'examen du sang ne donnait aucun résultat. Les hémocultures étaient restées négatives. Le peu de gonflement articulaire éloignait l'idée de ponction exploratrice. Il nous vint à l'idée de pratiquer des cuti et des intradermo-réactions avec du vaccin staphylococcique dilué au 1/10e et ces réactions furent nettement positives. Le traitement institué d'oxyde d'étain et de vaccin staphylococcique en trois séries amena une amélioration notable.

Un autre malade, M. W., nous a apporté, le 21 février 1940, une observation similaire. Par conséquent, une furonculose de dix ans antérieure, en 1930, et des crises rhumatismales avec fièvre en 1932, 1934 et 1936. Dans l'intervalle des poussées, de l'anémie, de la fatigue, une très grande lassitude. Les articulations des doigts et des poignets se tuméfient vite et restent actuellement encore maladroites et déformées.

Les sels d'or, l'iodure ont permis une légère détente, mais n'ont pas entraîné la guérison. Une plus grande amélioration suivit l'injection de vaccin.

Nous avons enfin, il y a déjà dix ans, vu avec Degos un homme de 27 ans qui souffrait de l'articulation coxo-fémorale depuis près de six mois. A cette douleur se joignaient une gêne notable de la marche et une rotation de la cuisse en dehors, avec abaissement du pli fessier. La palpation était très pénible et certains mouvements, surtout la rotation en dedans, étaient impossibles. A l'index et au médius de la main droite, au pied gauche aussi, on voyait une certaine tuméfaction évidente, discrète mais tenace.

On fit des intradermo-réactions à la peptone, à la cholestérine qui furent négatives; puis au streptocoque, au gonocoque, qui furent également négatives. Seul, le vaccin staphylococcique donna une réaction typique et forte, de deux jours environ.

Le traitement fut institué : vaccin tous les deux jours par deux séries de 10 piqûres. Et nous pouvons affirmer que le malade guérit.

Ces trois observations nous conduisent à admettre l'existence d'une polyarthrite récidivante sinon chronique, inflammatoire sinon adhésive, phlegmasique sinon précipitante, causée par le staphylocoque. Et l'on relève des *furoncles* dans les antécédents des malades.

On ne pense guère tout d'abord à leur importance. Les furoncles passent pour des accidents assez négli-

geables, trop banaux pour nous intéresser et c'est un tort. Une maladie antérieure chez un rhumatisant, comme chez un hépatique, un néphrétique ou un nerveux, quelle qu'elle soit, toxique ou microbienne, a son intérêt.

***

Comment reconnaître ce rhumatisme staphylococcique ? Comment en présumer d'abord le caractère infectieux, ensuite la nature staphylococcique ?

La méthode la plus employée pour affirmer la nature inflammatoire sinon infectieuse d'une arthrite est la *sédimentation*. Cette méthode fut proposée par Fahraeus en 1917 après une série d'examens d'ailleurs fort différents chez la femme enceinte.

Il est à peine besoin de donner la technique de cette épreuve. Elle se fait avec des pipettes longues et minces, graduées de 0 à 200 et d'un diamètre de 2 millimètres, dans lesquelles on aspire du sang additionné préalablement à 1/5 d'une solution de citrate de soude à 38 o/oo. Les globules se déposent en un temps variable et le culot en est plus ou moins dense et ramassé. Il forme une colonne variable et laisse libre une certaine hauteur de la pipette. C'est cette hauteur qui mesure en millimètres, après une et deux heures, la vitesse de sédimentation.

Normalement, la sédimentation est de 3 à 6 en une heure et de 10 en deux heures chez l'homme normal ; de 10 en une heure et de 15 en deux heures chez la femme. Chez la femme enceinte, elle atteint 20. La même accélération se produit aussi dans la pneumonie.

Cette méthode a été ensuite fort employée dans la maladie de Bouillaud où elle peut dépasser 100 et aussi dans le rhumatisme gonococcique où elle varie de 48 à 66, le rhumatisme d'origine dentaire où les chiffres sont de 38 en une heure et 56 en deux heures.

La sédimentation a été attribuée d'abord à une augmentation de la globuline et à la fibrine. Elle est certainement en rapport avec la composition du plasma et non des globules, car avec les mêmes globules elle n'est plus la même dans l'eau salée et dans le sérum du malade et avec des globules lavés elle est identique dans l'eau de quelque provenance qu'ils soient.

On ne peut y voir un test d'infection puisqu'elle est accrue dans la grossesse. Elle n'est pas propre aux seuls rhumatismes aigus puisqu'elle existe dans la goutte. Elle caractérise les poussées de rhumatisme chronique et les différencie des arthroses, au dire de Forestier et Lacapère.

Elle est donc seulement un test d'inflammation, passagère ou durable.

Nous l'avons pratiquée chez deux sur trois de nos malades staphylococciques et vu qu'elle atteignait 50 après une heure, 65 après deux heures.

La sédimentation permet donc de dire arthrite inflammatoire, mais il faut à cette inflammation chercher un agent pathogène.

Ici interviennent plusieurs méthodes rééditées d'ailleurs de celles qui furent employées dans les rhumatismes streptococciques et qui sont plus ou moins spécifiques. Ce sont l'intradermo-réaction, la cuti-réaction (Irons, Ziemann) et la réaction de fixation. Les unes et les autres furent pratiquées spécialement dans la gonococcie avec des mélanges de plusieurs antigènes et les résultats furent, surtout la réaction de fixation, entre les mains de Muller et Oppenheim, de Benoist, satisfaisants.

Nous avons pratiqué d'abord l'*intradermo-réaction* avec l'antigène staphylococcique de l'Institut Pasteur dilué au 1/10e. Chez deux malades, elle fut, avons-nous dit, positive. Chez l'un d'eux même, elle fut pratiquée trois fois, à six et vingt jours de distance, au fur et à mesure que l'on appliquait le traitement vaccinal. Le premier jour, sans traitement chez V., elle était d'une pièce de vingt sous et dura trois jours. Le sixième jour, après trois piqûres de vaccin, elle ne fut plus que de dix sous et dura deux jours. Le vingt-cinquième jour, après 10 piqûres, elle était presque nulle.

Nous avons fait aussi, chez deux de nos trois malades, la *réaction de fixation* avec un antigène staphylococcique pur, mais banal. Elle fut une fois positive, une fois négative et nous n'aurions garde de citer nos résultats s'ils ne trouvaient quelque appui dans les recherches de Bonnet, Thieffry et Montefiore, de Coste et Demanche. Avec l'émulsion de staphylocoques, ces derniers auteurs trouvent déjà 10 résultats positifs sur 20. Mais, en utilisant comme antigène l'*anatoxine* de Ramon, obtiennent des résultats suggestifs.

Ils diluent l'antigène au 1/4 et font la réaction comme une banale déviation de complément.

Et cette fois, la valeur de l'épreuve est considérable car sa constance est très grande.

Coste a pratiqué cette réaction chez 473 rhumatisants. Elle fut positive ou suspecte dans 80 cas, dont 48 n'avaient aucune autre réaction inflammatoire. Or, ces 80 malades étaient porteurs d'un rhumatisme et avaient eu antérieurement une staphylococcie. Chez les autres, non staphylococciques, la réaction ne fut positive que trois fois.

Dans les cas où l'on pratiqua des réactions de fixation avec plusieurs microbes, elles donnèrent les résultats suivants :

Réaction	Staphylo. seul	Staphylo. + Gono.	Staphylo.-strepto
+ + +	6	2	1
+ +	10		1
+	29	3	7
+ —	2	1	1

Pour reconnaître l'origine staphylococcique d'une polyarthropathie, l'intradermo-réaction avec le vaccin a donc déjà quelque intérêt, mais la réaction de fixation avec l'anatoxine paraît avoir une plus grande valeur.

Sans doute, ne faut-il pourtant y voir rien d'absolument spécifique, car, alors même qu'un malade a eu des furoncles et présente cette réaction, on ne peut affirmer que son arthropathie est staphylococcique. Mais les objections qu'on fait à un résultat positif peuvent être faites à toute autre réaction du gonocoque ou de la syphilis. Il suffit d'ailleurs pour l'apprécier d'en suivre l'évolution au cours du traitement et de constater sa régression régulière. La courbe ainsi obtenue chez un de nos malades est vraiment suggestive.

Le diagnostic se réduit malheureusement à ces deux


UNE CURE
IODÉE
XX GOUTTES AVANT
CHAQUE REPAS
IODONUCLÉOL
SANS DANGER
D'IODISME
Cr. Office d'Éditions d'Art
J. EURY, Docteur en Pharmacie
LABORATOIRE MAUCHANT
GENNEVILLIERS (Seine)

réactions, l'hémoculture ne donnant jamais et très heureusement, dans de tels cas, de résultat, et la ponction articulaire, souvent difficile ou impossible, étant plus incertaine et moins fertile en enseignements que dans les streptococcies. Le microbe n'a point été cherché encore et c'est regrettable dans la moelle osseuse voisine de l'articulation malade. C'est une lacune à combler.

***

Nous croyons donc que la polyarthrite staphylococcique existe.

Elle n'est point une polyarthrite chronique. Elle n'est pas ankylosante, pas précipitante, mais elle est durable et récidivante. Elle procède par poussées subaiguës fluxionnaires, peu exsudatives et certaines déformations persistent. Elle ne peut guère être affirmée par la bactériologie. Elle est seulement présumée, pressentie, mais avec de grosses probabilités, par les examens biologiques et sérologiques.

Son existence ne peut surprendre et, à vrai dire, on la pouvait escompter. Le staphylocoque aime les os et les extrémités épiphysaires ; l'ostéomyélite le prouve : il détermine dans la septicémie des arthrites multiples et graves, qui, pour être assez contingentes, n'en sont pas moins la preuve d'une sympathie microbienne assez frappante. Les arthrites aiguës, consécutives à un anthrax, à une suppuration osseuse lointaine ne sont pas exceptionnelles. On y trouve le microbe. Mais ni les unes ni les autres n'ont d'analogie avec la forme atténuée qui nous occupe. Elles ont pourtant la même origine.

Pour comprendre cette forme atténuée, comme d'ailleurs pour comprendre les formes subaiguës, prolongées de la streptococcie et de la blennorragie, il faut faire entrer en ligne de compte à la fois le microbe, le tissu et le terrain.

On peut croire que certains staphylocoques ont une affection spéciale, un tropisme particulier pour les jointures et que certains l'acquièrent progressivement. Dans l'expérience bien connue de Klinge, l'injection répétée de streptocoques dans la jointure d'un animal finit par déterminer une polyarthrite diffuse, c'est-à-dire une réaction articulaire multiple par sommations répétées sur une seule et même jointure. Orientation du tropisme articulaire d'un même microbe ou peut-être réaction sympathique d'un même tissu qui doit être vraie pour le staphylocoque comme pour le streptocoque ?

Allant plus loin, certains auteurs ont vu dans la réaction articulaire une sorte de réaction allergique du mésenchyme sensibilisé à un réactigène donné. Déjà le nodule d'Ashoff et les nodosités de Meynet apparaissaient tels, car on y voyait une inflammation d'abord banale prendre un aspect fibroblastique spécial, parfois nodulaire et plus ou moins étendu.

Il faut encore ajouter à la sensibilisation possible du tissu, l'altération des vaisseaux et des nerfs articulaires, artérites et *arthronévrites* qui peuvent créer dans le tissu des troubles trophiques à côté de réactions

inflammatoires jusque-là banales et ajouter un certain degré d'arthrose à l'arthrite.

Nul doute que le tissu synovial et le tissu cartilagineux n'éprouvent de cette irritation durable, de cette irrigation insuffisante ou de cette excitation nerveuse et vasomotrice, un trouble nutritif, un déséquilibre chimique important. Nul doute que la diminution du soufre et de l'acide chondroïtine sulfurique, le remplacement de la chondrine, soufrée, par l'albumoïde qui ne l'est pas, les variations des amines et du glycogène autant que la prolifération des cellules, ne troublent la transparence du cartilage, ne modifient son élasticité et n'y facilitent la précipitation calcaire.

***

Si nous insistons sur ces phénomènes chimiques, dont l'importance ne peut échapper, c'est qu'ils ajoutent au traitement de la cause et à celui du processus histologique, le traitement de l'organe articulaire. Ce dernier traitement presque opothérapique, est peut-être plus indispensable encore, parce qu'il est vraiment chimique et spécifique.

Le rhumatisme staphylococcique à notre sens exige trois thérapeutiques :

— la thérapeutique antimicrobienne qui peut se faire par le cuivre, l'étain et même l'or ;

— la thérapeutique de désensibilisation qui ne peut être tentée que par l'injection renouvelée de vaccin ;

— la thérapeutique de l'organe articulaire proprement dit qui comporte avant tout le soufre.

Ce médicament si remarquable qu'est, par voie buccale ou sous-cutanée, le *thiofène*, à la dose de 10 et 20 centigrammes quotidiennement, est spécialement indiqué.

Nous n'avons pas employé le thiosulfate d'or qui répond pourtant à deux de ces desiderata.

Avec les trois ordres de médications indiquées plus haut, nous avons amélioré un de nos malades et guéri, croyons-nous, les deux autres. On peut certainement améliorer et même guérir d'autres cas semblables, mais à la condition de les étudier avec soin et de déterminer rigoureusement leur origine et leur nature.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

25

Nos 51-52. — 28-31 AOUT 1940. 113e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

La Gazette des Hôpitaux *a repris la semaine dernière, avec les numéros 49-50, le cours de sa publication. Les difficultés de communications peuvent entraîner un certain retard dans la distribution du journal. Nous nous en excusons d'avance auprès de nos abonnés.*

INFORMATIONS

Hôpitaux psychiatriques autres que ceux de la Seine. — Le *J. O.* du 10 juin a publié le décret suivant, daté du 21 mai 1940, relatif au recrutement et au statut des médecins du cadre des hôpitaux psychiatriques autres que ceux de la Seine :

Art. 1er. — L'article 11 du décret du 25 décembre 1938, relatif au recrutement et au statut des médecins du cadre des hôpitaux psychiatriques, autres que ceux de la Seine, est complété et modifié comme suit :

« Il est procédé à la nomination des médecins par arrêté ministériel, sous réserve d'un examen médical constatant leur aptitude à exercer l'emploi. Il sera procédé à cet examen par les soins d'un médecin assermenté désigné par le ministre.

« Les nominations dans les hôpitaux psychiatriques des villes de facultés et des villes de plus de 30.000 habitants seront soumises à l'avis de la commission prévue à l'article 15 ».

Art. 2. — La disposition qui précède est applicable aux candidats reçus à de précédents concours et qui n'auraient pas encore été pourvus d'un poste.

Hôpital psychiatrique autonome de Bassens. — Une place d'interne est vacante à l'hôpital psychiatrique autonome de Bassens-Chambéry (Savoie). Minimum : 12 inscriptions. Etre Français et dégagé d'obligations militaires.

Faculté de Médecine de Paris. — *Travaux pratiques supplémentaires d'histologie.* — Il sera établi en octobre, à partir du mardi 1er, une série de *Travaux pratiques supplémentaires* (1re année d'une part, 2e année d'autre part).

Y seront admis :

1° Les étudiants qui n'ont pas leurs T. P. validés ;

2° Les étudiants qui ayant leurs T. P. validés, désireraient faire une révision du programme pratique.

Les inscriptions seront reçues au Secrétariat (guichet 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 h. à 16 h., jusqu'au 30 septembre inclus.

Droit d'inscription, 150 francs.

L'exercice de la médecine. — Le Gouvernement vient d'étendre aux médecins et chirurgiens dentistes la règle déjà imposée pour le recrutement des fonctionnaires.

Pour exercer la médecine, il faudra désormais être Français, fils de père français, ou être naturalisé ou réintégré, et avoir servi dans une unité combattante pendant les guerres de 1914 ou 1939.

Des exceptions pourront être prévues pour les médecins dont les travaux et la réputation honorent la science française.

Commission de l'Armistice. — M. le Professeur Georges Portmann, de Bordeaux, qui fait partie de la Commission de l'Armistice à Wiesbaden, est chargé en particulier des questions relatives aux prisonniers.

La répression de l'alcoolisme. — La radio française annonçait le 24 août au soir que la *loi portant répression de l'alcoolisme* venait de paraître au *Journal Officiel.*

Cette loi interdit la fabrication, la vente et la consommation des apéritifs qui titrent 16° ou plus.

Les apéritifs titrant moins de 16° sont interdits trois jours par semaine. Leur vente est interdite aux mineurs de moins de vingt ans.

Cette loi de répression n'est pas une loi de prohibition, car l'eau-de-vie, le rhum, le cognac et tous les vins sont autorisés.

Des sanctions sont prévues contre l'état d'ivresse qui ne pourra plus être invoqué comme une circonstance atténuante pour les crimes et délits.

D'autre part, les infractions à la loi seront sévèrement frappées et enfin une augmentation importante des taxes est prévue.

Rappelons que l'Académie de Médecine, félicitant le Gouvernement d'avoir supprimé le privilège des bouilleurs de cru, lui demandait (séance du 23 juillet), d'étudier la limitation des débits de boissons. Il y a encore un pas important à faire dans ce sens.

Pour les mères de famille nombreuse. — Dans la séance du 13 août 1940 de l'Académie de Médecine, le professeur Lereboullet avait demandé qu'un vœu fut adressé au Gouvernement en faveur des mères de famille nombreuse, de manière à leur permettre d'abréger l'attente à la porte des magasins d'alimentation, alors que leurs petits enfants les attendent à la maison.

Une décision du Gouvernement permettra désormais aux mères de famille, pourvues d'une carte spéciale qui leur sera délivrée, de ne pas faire la queue devant les magasins d'alimentation et de jouir de la priorité pour l'accès dans les moyens de transport.

La nouvelle Croix-Rouge française. — Une décision gouvernementale vient de provoquer la fusion en une seule société, la Croix-Rouge française, des trois sociétés actuelles : la Société de Secours aux Blessés Militaires (S. B. M.), l'Association des Dames Françaises (A. D. F.) et l'Union des Femmes de France (U. F. F.). La nouvelle Croix-Rouge française est placée sous la présidence de M. le Professeur Pasteur Vallery-Radot, membre de l'Académie de Médecine.

Vaccination antityphoïdique. — Le *Bulletin Municipal Officiel de la Ville de Paris*, numéro du 18 juillet 1940, a publié le communiqué suivant :

Les déplacements de la population et les difficultés qu'elle a rencontrées pour le ravitaillement, l'approvisionnement en eau saine, les conditions d'habitat, etc..., sont de nature à inciter les réfugiés de retour dans la capitale à prendre dès maintenant des précautions d'hygiène, parmi lesquelles figure au premier plan la vaccination antityphoïdique.

Il importe en cette matière d'agir préventivement. Aussi l'administration de l'Assistance publique à Paris croit-elle devoir rappeler l'indication des consultations dans lesquelles est pratiquée la vaccination antityphoïdique.

Ces consultations fonctionnent tous les samedis aux adresses ci-après : hôpital Cochin, à 9 h. ; hôpital Saint-Antoine, à 15 h. ; hôpital Lariboisière, à 17 h. 30.

Circulation des automobiles. — La Préfecture de police rappelle que la circulation des véhicules privés est formellement interdite.

Depuis le 1er août, les voitures du type dit « touriste » ne peuvent circuler que si les conducteurs sont munis d'une autorisation spéciale d'un modèle nouveau et s'il n'est apposé sur le pare-brise de la voiture un placard barré en diagonale d'un trait rouge et portant les timbres de la Préfecture de police et de l'administration militaire allemande.

Ces véhicules ne peuvent circuler que les jours de semaine.

Sur autorisation spéciale, les voitures munies d'un placard portant une croix de Saint-André rouge, délivré seulement pour les cas de nécessité absolue, peuvent seules circuler les dimanches et jours fériés.

Les demandes d'autorisation sont reçues à la préfecture de police (direction administrative de la circulation et des transports) accompagnées de toutes pièces justificatives et notamment d'un certificat attestant la nécessité de circuler, soit en vue du ravitaillement de la population, soit en vue de la reprise et du fonctionnement de la vie économique.

Laboratoires actuellement ouverts. — Laboratoires de l'Aethone, Ana, Antigénines, Aubry, de l'Armanite, Adrian, Astier, Aubriot, Bailly, Belières, Bertaut, Beytout, de Biochimie Médicale, Boillot, Boudin, Bouillet, Bottu, Boucard, Bouty, Brisson, Bruneau, Brunot, Buriat, Camuset, Cantin, Carena (Delagrange), Carlier, Carron, Carteret, Cazé, Chaix, Chanteaud, Chantereau, Chauzeix, de Chimiothérapie, Choay, Clin-Comar, Condou et Lefort, Corbière, Cortial, Couderc, Couturieux, Crinex-Uve, Cuny-Carrion, Cruet, Daguin, Daniel-Brunet, Darrasse, Dausse, Debat, Deglaude, Delalande, Denis, Depruneaux, Dernis, Deschiens, Douetteau, Dubois (Bd Pereire), Dubois (Prod. Bon-Secours), Dumesnil, Duret et Rémy, Exibar, d'Endocrinologie appliquée (Byla), de l'Endopancrine, de l'Ephédrine Béral, Eusedyl, Famel, Fermé, Ferré, Flicotteaux, Fournier Frères à Paris, Fraisse, Fraudin, Freyssinge, Fougerat, Fumouze, Galbrun, Gallier, Génévrier, Grémy, Grias, Guénot, Guerbet, Guillaumin, Hinglais, Hoffmann-la-Roche, Houdé, Iscovesco, Jolly, Kuhlmann, Lachartre, Laleuf, Lambarène, Lancosme, Landrin, Lauriat, Lebeault, Le Blond, Le Brun, Lejeune, Lematte et Boinot, Leprince, Lescène, Laboratoire d'analyses Lesure, Leva, Licardy, Lobica, Loiseau, J. Logeais, Longuet, Lorthioir, Lucien, Lumière, Madyl, du Magsalyl, Marinier, de la Mangaïne, Mayoly-Spindler, Merobian, Midy, Jacques Midy, Michels, Milue, Monal, Monin, Montagu, Mouneyrat, Nativelle, d'Organotechnie, Peron (Roy), Pinard, Pathologie générale, Pharmacologie générale, des Pastilles Guyot, Phygiène, Pointet et Girard, Prevet (Goménol), Prigniaud, Progrès scientifique, Réaubourg, Renard, Rivier, Robert et Carrière, Robin, Rogier, Albert Rolland, Ronchèse, du Dr Roussel, Roux (à Malakoff), Sabatier, Sallé (Aspro), Sandoz, de la Santhéose, Scientia, des Spécialités Scientifiques E. Logeais, Specia, Sevenet, Sévigné, Sica, Sicre, Soudan, Thaidelmo, Thepenier, Theraplix, Tixier, Thomas, Toraude, Troncin, Union chimique et biologique, Usines chimiques des Laboratoires français, Vanderstraeten, Vicario, Villette, Vogein, du Dr Zizine.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser à la Chambre Syndicale des Fabricants de Produits Pharmaceutiques médicaux, 27, rue du Cherche-Midi, où une permanence fonctionne les lundis, mercredis, vendredis, de 15 heures à 17 heures.

Nécrologie

Le docteur Henri Dravet, à La Seyne-sur-Mer.

— Le Dr Charles Gardère, médecin des hôpitaux de Lyon, directeur des Services d'hygiène infantile et de puériculture de Lyon, décédé le 8 juillet dans le Bureau de l'Enfance de la ville de Lyon.

— Le docteur Poitevin, médecin de 2e classe de la marine, mort au Champ d'honneur.

— Le docteur André Jousset, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, médecin honoraire des hôpitaux, décédé à l'âge de 73 ans.

— M. Georges Calmette, fils du regretté Professeur Albert Calmette, mort au Champ d'honneur, le 19 mai, à Douai.

MALADIE DE BOUILLAUD ET TRAUMATISME

Par Pierre-H. Anglade
Médecin-directeur du Préventorium Lafayette
Médecin-chef du Sanatorium d'Oussoulx (Haute-Loire)

L'étude des rapports entre les traumatismes et l'éclosion des phénomènes pathologiques généraux est une question dont l'intérêt scientifique aussi bien que médico-légal ne se discute pas. Le mécanisme qui préside à l'apparition d'une maladie après un traumatisme est loin d'être élucidé et il faut reconnaître que l'explication des rapports de physio-pathologie entre le traumatisme d'une part, et les maladies dont il semble susceptible de déclencher l'expression clinique, n'est guère encore précisé.

Quoiqu'il en soit, dans le domaine de la seule observation clinique, des faits précis permettent d'affirmer qu'un traumatisme peut jouer le rôle de point d'appel en créant peut-être un *locus minoris resistantiæ* dans le déterminisme d'une affection. Il est des cas où tout semble se passer comme s'il en était ainsi.

Il nous a paru de quelque intérêt de publier quatre observations où un traumatisme précis dans sa nature et sa localisation, et avéré, a été à l'origine de l'éclosion d'une crise de rhumatisme articulaire aigu typique.

Observations

1° Mal..., garçon de 12 ans (34).

Se tord le pied entre le sol et la barre d'appui d'un fauteuil de salle de spectacle et rentre chez lui en boitant sans que ses parents s'inquiètent autrement de ce qu'ils considèrent comme une petite entorse.

Devant la persistance de la claudication et le gonflement local amenant une impotence fonctionnelle douloureuse presque totale, les parents consultent.

Vue le troisième jour après l'accident, l'articulation tibio-tarsienne gauche est gonflée, rouge, chaude et douloureuse à la palpation et à la mobilisation. Pas d'ecchymose, pas d'autre atteinte articulaire.

Pouls à 120. La température prise immédiatement est de 38°3. La gorge est rouge, Les bruits du cœur légèrement assourdis.

Trois jours après, atteinte du genou gauche. Huit jours après celle-ci, apparition d'un souffle systolique de la pointe, irradiant dans l'aisselle, malgré la médication salycilée intensive instituée dès le début où s'imposait déjà le diagnostic de maladie de Bouillaud.

2° Sev..., garçon de 13 ans (39).

Le 19 juillet, subit un traumatisme (torsion) ayant porté sur la tibio-tarsienne gauche (ligament latéral interne) et la face interne du genou gauche.

Le 21 juillet, souffre davantage et se trouve dans l'impossibilité presque totale de marcher. Les deux articulations traumatisées se présentent comme des arthrites rhumatismales typiques. Au genou gauche, en outre, un choc rotulien.

Pas d'adénopathie inguinale. En revanche, l'auscultation du cœur permet déjà d'entendre un léger souffle d'insuffisance mitrale — qui persiste d'ailleurs encore en octobre.

Aucun antécédent rhumatismal.

3° Tir..., homme, 27 ans.

A transporté sur l'épaule droite de lourdes caisses pendant environ une demi-journée. Le lendemain, il souffre du moignon de l'épaule de façon anormale, lui semble-t-il. Température du matin : 37°9. L'articulation de l'épaule est douloureuse à la palpation et à la mobilisation, mais non tuméfiée. Légère ecchymose avec un peu d'œdème sur la partie supérieure du moignon.

Le soir, la température monte à 38°5.

Le lendemain matin, le poignet gauche présente une arthropathie rhumatismale dont la nature se trouve confirmée dans les trois semaines qui suivent par l'apparition d'un double souffle cardiaque, en écharpe, systolique à la pointe et diastolique à la base.

Aucun antécédent de R. A. A.

4° Lau..., 19 ans (37).

En essayant de mettre en marche à la manivelle le moteur froid de sa voiture, subit un retour de manivelle ayant pour conséquence une entorse du poignet droit, qu'il traite lui-même par l'immobilisation dans un bandage ouaté.

Cinq jours après cet accident, nous trouvons un malade alité avec 39° et une polyarthrite rhumatismale (poignet droit, coude droit et coude gauche) compliquée ultérieurement d'insuffisance mitrale, et de pleurésie exsudative.

Des faits de cet ordre ne sont certes pas nouveaux et encore que notre bibliographie ne soit peut-être pas absolument complète, on retrouve dans la littérature des observations comparables.

Les premières de ce type semblent remonter au début du xixe siècle où Brugière, cité par Gerbaut, considère comme causes prédisposantes au rhumatisme tout ce qui est capable de débiliter certaines parties du corps comme « un coup, une chute, une luxation ».

Villeneuve, en 1820, conclut de même en faveur de « l'effort ou de la contusion », ainsi que Boyer, en 1847, dans sa thèse d'agrégation.

En 1876, Charcot soulève de nouveau le problème et cite des cas de rhumatismes divers reconnaissant un traumatisme dans leur étiologie.

Potain, puis Verneuil, traitent des rapports du rhumatisme avec le traumatisme sous l'angle d'ailleurs très général des relations entre les traumatismes accidentels ou chirurgicaux et les états diathésiques. Il est évident que des faits très nombreux et très disparates sont alors, et depuis, observés et que la variété des traumatismes envisagés n'a d'égale que la variété des rhumatismes étudiés. Et il est parfois difficile de reconnaître, dans ces cas, la véritable maladie de Bouillaud, d'avec d'autres polyarthrites septicémiques ou pseudo-infectieuses.

Plus précis et plus intéressants sont les travaux qui suivent et dont Barbé avec sa thèse sur les « fièvres épitraumatiques » est le premier qui tende à conclure à la libération d'un virus par le traumatisme.

Seitz (1899) présente 771 cas de R. A. A., à propos desquels il conclut à un pourcentage de 4,9 % pouvant reconnaître dans leur étiologie un traumatisme tel qu'entorse, luxation ou contusion.

D'autres auteurs (Julliard) admettent que le traumatisme atteignant une autre région qu'une articulation peut cependant déclencher une crise de rhumatisme articulaire aigu.

Nos observations personnelles présentent cet intérêt que la signature de la maladie de Bouillaud a été, dans les quatre cas, fournie par l'apparition de l'atteinte endocarditique :

— qu'il n'y a eu pratiquement aucun intervalle libre entre les conséquences immédiates du traumatisme lui-même et les manifestations cliniques propres au rhumatisme articulaire aigu ;

— que la crise a commencé chaque fois par l'articulation traumatisée ;

— qu'enfin, il s'est agi toujours d'un traumatisme dont les conséquences locales surtout périarticulaires (trois entorses et une contusion) sont anatomiquement comparables à ce qu'on connaît des arthropathies de la maladie de Bouillaud.

Remarquons, en outre, l'absence dans les antécédents de nos quatre cas de toute manifestation rhumatismale.

En dehors donc de toute pathogénie, il semble admissible qu'une crise de rhumatisme articulaire aigu survenant à la suite d'un traumatisme peut être considérée comme ayant été déterminée par ce traumatisme dans les conditions suivantes qui découlent des travaux précédents et des caractères de nos propres observations :

1° Très courte durée entre le traumatisme et l'éclosion de la crise elle-même ;

2° Pas d'intervalle libre (de guérison) entre les manifestations morbides proprement dites du traumatisme et l'éclosion de la polyarthrite ;

3° Cette éclosion semblant plus habituellement favorisée par des lésions traumatiques prédominant sur les tissus périarticulaires.

BIBLIOGRAPHIE

Barbe, F. — Contribution à l'étude des fièvres épitraumatiques (*Thèse Paris*, 1865).

Bernstein, R. — Akuter gelenkreumatismus und trauma (*Zeitschr. f. Klinik. Mediz. Berlin*, 1900-01, XLII, p. 430-442).

Bosek. — Ein Fall von akutem Gelenkrheumatismus im Anschulls an ein trauma (*Munch. Mediz. Wochens*, 1904, LI, p. 483).

Deveau, L. — Rhumatisme articulaire aigu post-traumatique (*Thèse Paris*, 1911-12, n° 330).

Edstrom, G. — Mechanisches trauma und nachfolgende febris rheumatica (*Acta. Medica. Scand*, 88/342-354, 1936).

Gerbaut, Audermann. — Traumatisme et R. A. A. (*Revue du Rhum.*, 1/202, 9 mars 1934).

Julliard, C.). — Dans quelles conditions le rapport entre un accident du travail et une attaque de R. A. A. peut-il être établi (*Méd des A. du T.*, Paris, 1906, IV, p. 97-117. *Rev. Méd. suisse Rom.*, Genève, 1906, XXVI, 149-166).

D'Ovidio. — Fiebre reumatica post-traumatica, episodio sobre venido a consecuencia de una amygdalectomia bilatéral (*Rev. asoc. dem. argent.*, 50/1905-9, nov. 1936).

Revillout, V. — Rhumatisme aigu généralisé provoqué par un traumatisme (*Gaz. Hôp. Paris*, 1876, XLIX-787).

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

LES BROCHES DÉGLUTIES PAR LES NOURRISSONS TRAITEMENT AU MOYEN DES QUEUES D'ASPERGES OU DES FEUILLES DE POIREAUX

(Méthode du Professeur Ombrédanne)

Il arrive encore malheureusement trop souvent qu'en emmaillotant son bébé, couché à plat sur ses genoux, la mère laisse échapper une épingle de sûreté qui tombe, ouverte ou fermée, dans la bouche de l'enfant qui crie. Ou bien c'est l'enfant qui s'est saisi de la barrette qui retient sa bavette et l'avale. On sait la gravité particulière de la déglutition de ces deux variétés de corps étrangers des voies digestives, surtout s'ils sont restés ouverts, et les accidents graves dont il sont l'origine, aux points d'arrêt habituels soit dans l'œsophage, l'estomac et surtout le duodénum.

Jusqu'à ces dernières années, dans un grand nombre de cas, leur arrêt prolongé, constaté à la radiographie, imposait pour leur extirpation des interventions diverses que l'on trouve exposées dans le beau livre de Fèvre sur la chirurgie infantile d'urgence. Pour ceux qui sont arrêtés dans l'œsophage leur extirpation est le plus souvent, mais pas toujours, obtenue par œsophagoscopie. Pour ceux qui sont arrêtés dans l'estomac ou le duodénum, tantôt, après laparotomie, on peut arriver à refermer l'épingle ou la broche à travers la paroi viscérale, et à la refouler ; tantôt on est obligé d'inciser l'estomac ou le duodénum pour l'extirper.

Ces opérations sont des opérations graves, car à leur gravité propre, il faut ajouter celles que leur donne le jeune âge de l'enfant : facilité des éventrations après laparotomie chez les nourrissons qui poussent et crient sans arrêt, gravité du shock, et enfin possibilité du redoutable syndrome pâleur-hyperthermie mis en évidence par le Professeur Ombrédanne. La mortalité restait très élevée.

Ce pronostic est complètement changé aujourd'hui, car il deviendra tout à fait exceptionnel qu'on ait à intervenir.

En effet, à la séance du 23 mars 1938, le Professeur Ombrédanne a exposé à l'Académie de Chirurgie la méthode qu'il a imaginée pour assurer l'expulsion du tube digestif, et cela d'une manière inoffensive, des épingles ou broches, même ouvertes. Il suffit de faire avaler à l'enfant des queues d'asperges dont la masse cellulosique, non absorbable, vient s'enrouler autour de l'épingle et parfois la ferme. En tout cas, par le brassage stomacal et intestinal, le corps étranger est transformé en une masse lisse, arrondie, ressemblant à un gros noyau de datte dont l'expulsion devient anodine. Il y a déjà plusieurs années que cette méthode est employée dans le service des Enfants-Malades, avec des succès constants, si l'enfant vient à temps pour que l'expulsion soit possible. Chaque année, au moins une dizaine de ces corps étrangers ont pu être ainsi éliminés.

La communication de M. Ombrédanne n'a pas eu le retentissement qu'elle méritait, et nous avons pu constater que les médecins et même chirurgiens d'enfants l'ignoraient encore pour la plupart.

La technique de la méthode n'a pas été publiée. C'est ce qui nous incite à la donner ici telle que nous avons pu la recueillir de la bouche des surveillantes qui l'appliquent dans le service.

Il y a tout d'abord lieu de procéder à un examen radiologique de l'enfant. On constate la présence du corps étranger dans l'estomac, le duodénum. S'il s'agit d'une épingle fermée on patiente et on observe chaque jour à la radioscopie sa situation et si la migration s'exécute spontanément. Dans le cas où l'épingle ou broche est ouverte on note son emplacement exact, sa direction, l'orientation de sa pointe en bas ou en haut. Si la situation, la direction de la pointe, l'arrêt constaté du corps étranger semblent offrir un danger, le traitement par les queues d'asperges s'impose.

Pendant la saison on peut employer des asperges fraîches que l'on fait cuire, mais il est plus simple de se servir d'asperges de conserve en boîte qui sont toutes cuites. Il suffira de les ébouillanter pour qu'elles soient prêtes à servir.

Chez le nourrisson on prend une asperge que l'on fend par le milieu, puis avec une cuiller à café on évide l'asperge rejetant la cuticule siliceuse, et ne conservant que le chevelu cellulosique. On saupoudre le bout de sucre, et on introduit l'asperge dans la bouche, et on la pousse doucement avec le doigt. Une demi-heure après un demi-biberon d'eau sucrée avec un peu de lait condensé. Une heure après, trois ou quatre demi-asperges sont ingurgitées,

et ainsi de suite à concurrence de huit à dix en vingt-quatre heures pendant deux jours.

Chez les enfants plus âgés, les asperges dont on a gratté la cuticule extérieure et enlevé la pointe, sont données entières. On commence par une asperge, et ensuite toutes les trois heures trois à cinq asperges avant le repas, composé de soupes au pain ou bouillies épaisses et nouilles. On fait ainsi absorber une boîte par jour, jusqu'à l'évacuation du corps étranger.

Actuellement, où il devient très difficile de se procurer des asperges de conserve, M. Ombrédanne emploie les feuilles vertes des poireaux ; on les emploie après les avoir fait bouillir quelques minutes. Une broche déglutie a été rendue complètement enrobée par ce moyen. Cette broche a été présentée le 13 août à l'Académie de Médecine par M. Pierre Duval, au nom de M. Ombrédanne.

Un examen radiologique est fait tous les jours et permet de suivre la migration de l'épingle. Chez le nourrisson l'expulsion survient le deuxième ou troisième jour, chez l'enfant plus âgé du troisième au cinquième jour. Parfois l'expulsion passe inaperçue et seule la radioscopie en fait la preuve. Chez l'enfant âgé, un ou deux lavements suffisent à assurer l'expulsion de la masse cellulosique qui est bien tolérée.

Chez le nourrisson, une purgation légère peut s'imposer ainsi qu'une diète à l'eau sucrée pendant deux jours. Le bébé peut être fatigué, déprimé, et il y a lieu de remonter son état général.

La même méthode est naturellement applicable à tout âge pour les corps étrangers pointus les plus variés (pointes de compas, tire-nerf des stomatologistes, etc...) qui auraient pu être déglutis.

Si cette méthode est employée à temps, avant qu'une pointe mal orientée n'ait déjà perforé la paroi du duodénum, l'expulsion sans incident est obtenue d'une manière constante.

Devant de pareils résultats, il nous a paru utile de faire connaître cette méthode si simple et applicable en tout endroit.

M. Lance.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 27 mai 1940

La dysphylaxie hépatique. Ses conséquences physiopathologiques et ses rapports avec le déficit alexique du sérum. — M. Hyacinthe Vincent.

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 23 juillet 1940

L'Académie ne prendra pas de vacances. — A l'unanimité, l'Académie a décidé de ne pas interrompre ses séances pendant les mois d'août et de septembre.

Contre l'alcoolisme. — L'Académie adresse ses félicitations au Gouvernement au sujet de la suppression du privilège des bouilleurs de cru.

A l'unanimité, l'Académie demande au Gouvernement de compléter son action en décidant de limiter le nombre des débits de boisson et de réglementer la vente libre des alcools et spiritueux.

Deux cas d'infections puerpérales guéries par transfusions massives de sang conservé (mode d'action de la transfusion dans les infections). — MM. Andérodias, Jeanneney, Péry, Ringenbach, Lafon.

Comment la transfusion simple agit-elle dans les septicémies ?

Rôle du choc. — Le choc qui déclanche une crise salutaire rentre sans doute dans la catégorie des phénomènes de Forssman déchaînés par injection de sang de sujets dotés d'anticorps F. (groupes O et B), à des sujets dotés d'antigènes de F. (groupes A et B) [Jeanneney].

Rôle de l'excitation des défenses. — La transfusion cristallise en quelque sorte les défenses ébauchées et non orientées : il faut la faire au moment opportun.

Rôle de la quantité de sang transfusée. — La transfusion apporte à l'infecté des substances de défense qui lui manquent : il faut donc la faire copieuse, surtout dans les septicémies à streptocoque hémolytique.

Rôle du groupe sanguin. — Dans les infections à streptocoque hémolytique, il semble y avoir intérêt à injecter du sang de donneur universel et non du groupe du malade, dont les hématies sont déjà sensibilisées à l'infection.

Rôle du sang conservé. — Le sang conservé agit aussi bien que le sang frais : les substances antiinfectieuses libérées par les leucocytes conservant leur pouvoir bactéricide tant que le sang reste vivant.

Il y a là toute une série de circonstances favorables qui donnent à la transfusion simple des victoires de hasard et qu'utilise systématiquement la cataphylacto-transfusion, toujours préférable.

Notice. — M. Guillain donne lecture d'une notice nécrologique sur M. Pierre Marie.

Séance du 30 juillet 1940

Du rôle de l'alimentation dans l'élévation de la mortalité tuberculeuse (Etude statistique). — MM. F. Bezançon, J. Evrot et M. Moine. — Revenant sur la question si importante de la mortalité tuberculeuse, les auteurs font ressortir le fait que dans le déclin progressif du taux de mortalité tuberculeuse à Paris qui de 527 en 1865 est tombé à 154, il y a un clocher très élevé en 1870 et 1871.

Le taux de mortalité tuberculeuse qui était en 1868 de 528 pour 100.000 habitants, atteignit en 1870 664 et en 1871 celui de 737 pour retomber en 1872 à 462. Les conditions spéciales dans lesquelles s'est trouvée la population parisienne pendant ces deux années où elle eût à subir deux sièges, rend compte de cet accroissement. La réduction considérable de la ration alimentaire fut un des facteurs principaux.

Les auteurs rapprochent de cette élévation brutale du taux de mortalité tuberculeuse pendant les années 1870-71 l'élévation analogue dans tous les pays belligérants lors de la guerre 1914-1918. En France, le taux de mortalité tuberculeuse qui était de 213 en 1913, est passé en 1918 à 278, pour retomber à 220 en 1920.

A Lille en particulier la mortalité tuberculeuse est passée de 307 en 1913 à 573 en 1918, c'est-à-dire a presque doublé.

Les auteurs rappellent à ce sujet une documentation très intéressante de Knud Faber, qui montre au Danemark que cet accroissement a eu son maximum en 1917 et non en 1918 en raison du fait que le Danemark, pays exportateur, n'a connu les restrictions alimentaires que pendant cette première période (1914 à 1917).

Les auteurs insistent sur la nécessité actuelle pour parer aux dangers de la sous-alimentation, sur la nécessité d'intensifier la lutte antituberculeuse et en particulier d'instituer dans les camps de prisonniers des examens radiologiques systématiques qui permettront, en isolant les malades, d'éviter l'extension de la maladie.

Septicémie à bacillus serpens. — M. A. Lemierre et Mme Ternois. — Chez un homme atteint d'un état septicémique grave ayant probablement comme point de départ une appendicite aiguë compliquée d'abcès hépatiques (l'autopsie n'a pu être pratiquée), les auteurs ont isolé à trois reprises un *bacillus serpens* de Veillon et Züber.

C'est la première fois que ce germe a pu être isolé du sang pendant la vie. Sur des centaines d'hémocultures en milieu anaérobie, les auteurs ne l'avaient jamais trouvé jusque-là, tandis qu'ils ont pu observer et décrire des bactériémies à *bacillus funduliformis*, à *bacillus fragilis*, à *bacillus ramosus*, germes appartenant au même groupe que le *bacillus serpens*.

Dans l'une des trois hémocultures un colibacille s'est développé en même temps que le *bacillus serpens*. Mais les auteurs estiment que le *bacillus serpens* a joué le rôle principal dans la production du syndrome morbide. On sait que le *bacillus funduliformis*, si voisin du *bacillus serpens*, est parfois l'agent de septico-pyohémie d'origine intestinale et notamment appendiculaire avec suppuration hépatique. Ce fait démontre d'autre part la nécessité de faire toujours des hémocultures en milieu anaérobie en même temps qu'en milieu aérobie, les hémocultures aérobies seules étant susceptibles de donner un renseignement erroné sur l'agent causal de l'infection générale.

Séance du 6 août 1940

Carcinose miliaire aiguë du poumon. — M. Emile Sergent et Mlle Œhmichen, à l'occasion d'observations qu'ils ont pu recueillir, font un exposé d'ensemble de la carcinose miliaire aiguë du poumon, sur laquelle M. Sergent a attiré l'attention

dans son « *Exploration radiologique de l'appareil respiratoire* » et qui fera le sujet de la thèse que soutiendra prochainement Mlle Œhmichen. Après avoir cité les quelques rares travaux publiés antérieurement, ils s'attachent à préciser les caractères cliniques et radiologiques qui permettent au clinicien de songer à la possibilité de cette affection, sans apporter cependant la certitude. Ils insistent sur l'analogie, voire même sur l'identité, des images radiologiques de la carcinose miliaire aiguë du poumon avec celles de la tuberculose miliaire aiguë. Ils soulignent que cette carcinose est toujours secondaire à un cancer primitif qui, le plus souvent, siège sur le pylore ou l'intestin, et qu'elle peut être considérée comme une métastase généralisée par essaimage dans la totalité des deux poumons.

Virulence, pouvoir vaccinant et constitution antigénique des Salmonella. — M. André Boivin. — Parmi les *Salmonella*, seules les souches smooth — c'est-à-dire celles qui renferment un antigène glucido-lipidique — sont douées d'une virulence marquée. Mais les diverses souches smooth d'une même bactérie peuvent être inégalement virulentes à l'égard d'une même espèce animale, sans qu'apparaissent des différences notables dans leur teneur en antigène ou dans les propriétés chimiques ou biologiques de cet antigène.

Les antigènes glucido-lipidiques représentent les principes vaccinants des bactémies smooth. Mais ils sont doués de toxicité : ce sont les endotoxines des germes. Jusqu'à maintenant, on n'est pas parvenu à abolir de façon *totale* la toxicité des antigènes glucido-lipidiques, tout en respectant intégralement leur pouvoir vaccinant.

Séance du 13 août 1940

Rapport présenté par M. F. Bezançon, au nom de la Commission de la Tuberculose, sur l'urgence d'organiser les examens radiologiques systématiques dans les camps de prisonniers. — Dans une communication présentée à l'Académie dans la séance du 30 juillet, en son nom et en celui de MM. Evrot et Moine, sur le rôle de la sous-alimentation dans l'élévation de la mortalité tuberculeuse, M. Bezançon rappelait l'accroissement considérable du taux de mortalité par tuberculose à Paris pendant les années 1870 et 1871, où la capitale eut à subir deux sièges et, d'une façon générale, dans tous les pays lors de la guerre 1914-1918, en raison du trouble économique apporté par celle-ci. Cette importance du facteur sous-alimentation dans l'extension du péril tuberculeux, disait-il, devait faire redouter actuellement une recrudescence toute particulière de la tuberculose chez les évacués et les prisonniers de guerre. Si les moyens de lutter contre la sous-alimentation ne sont pas du ressort du médecin, celui-ci a, par contre, le devoir très précis de restreindre le plus possible les causes de contagion dans les milieux où règne cette sous-alimentation.

La méthode des examens systématiques et en particulier des examens radiologiques, comme ils étaient faits dans l'armée, dans les années qui ont précédé la guerre, ayant déjà fait ses preuves, M. Bezançon demande que l'Académie signale le danger et prie les pouvoirs publics de s'entendre avec l'Autorité Allemande pour que soient organisés dans les camps de prisonniers et dans les milieux permanents de réfugiés des examens systématiques radiologiques.

La Commission de la Tuberculose, présidée par M. Marfan, tout en tenant à bien rappeler que les examens radiologiques à eux seuls ne sauraient permettre un diagnostic de tuberculose pulmonaire et qu'on doit toujours leur associer toutes les autres méthodes d'investigation clinique, considère qu'il y a un très grand intérêt à ce que puissent être faits, dans les camps de prisonniers et de réfugiés, des examens radioscopiques systématiques selon la méthode usitée dans l'Armée lors de l'incorporation des recrues.

Cet examen radioscopique n'ayant d'ailleurs que la valeur d'un premier triage, d'un véritable dégrossissage — tous les cas considérés comme suspects devant être l'objet d'un examen plus complet.

L'emploi de voiture radiologique mobile, permettrait de faire facilement ces examens qui devraient être confiés à des médecins militaires spécialisés en ayant déjà la pratique.

Ce rapport se termine par les conclusions suivantes :

L'Académie demande au Ministère de la Santé publique de vouloir bien s'entendre avec le Service de Santé de l'Armée pour l'organisation de ces examens et de signaler à l'Autorité Allemande l'importance qu'aurait cette mesure pour la protection de la santé publique.

Ces conclusions sont adoptées à l'unanimité.

Les devoirs et les droits de la famille. — M. Nobécourt. — Les médecins ont trop souvent l'occasion de constater les conditions déplorables de nombre de familles et leurs conséquences désastreuses : logements malsains et surpeuplés, insuffisance et mauvaise qualité des aliments, impossibilité d'observer les règles de l'hygiène, déchéance physique, intellectuelle et morale des parents et des enfants, fréquence et gravité des maladies, de la tuberculose notamment, etc.

Comme le propose *Médecine et Famille*, la Constitution de l'Etat français doit reconnaître les droits de la Famille, qui seule assure sa pérennité. Ces droits priment ceux de l'Individu.

Il appartient aux médecins d'attirer l'attention des Pouvoirs publics sur les devoirs et les droits de la Famille et les moyens qui lui permettent de les exercer. Ces droits ont une importance primordiale pour l'hygiène et la santé des parents et des enfants, surtout quand la *Famille* est nombreuse.

M. Lereboullet approuve les déclarations de M. Nobécourt, il fait remarquer que les mères de famille nombreuse ont plus de peine que les célibataires pour procéder à leurs achats. Dans bien des cas on ne délivre qu'une unité par acheteur, alors qu'elles ont à pourvoir à l'approvisionnement pour de nombreuses bouches.

L'Académie décide de nommer une Commission qui fera un rapport sur ces questions de toute urgence.

La Commission est composée de MM. Nobécourt, Lereboullet, Barrier, Marfan, Ribadeau-Dumas, Brindeau et Laignel-Lavastine.

Les corps étrangers dans le tube digestif des jeunes enfants. — M. Ombrédanne rappelle un procédé qu'il emploie depuis plusieurs années pour traiter les corps étrangers piquants avalés par les petits enfants (broches, épingles de sûreté ouvertes, etc.).

Ce procédé consiste à faire absorber aux enfants des asperges roulées dans du sucre. Les filaments de l'asperge enrobent le corps étranger qui est évacué sans accident.

En l'absence d'asperges, M. Ombrédanne a obtenu le même résultat avec des poireaux.

Procédé très simple qui réussit toujours et évite une dangereuse intervention chirurgicale. (Voir dans ce même numéro l'article de M. Lance sur ce sujet.)

Séance du 20 août 1940

Rapport sur le pain bis. — M. Tanon, au nom de la Commission du Pain, composée de MM. Barrier, Martel, Lesné, et à propos de la précédente communication de M. Delbet sur les avantages hygiénique, alimentaire et économique du pain bis [séance du 4 juin 1940, voir *Gaz. Hôp.*, nos 47-48, page 478], propose à l'Académie d'adopter les propositions suivantes que la Commission présente et qui confirment le vœu qu'elle avait déjà émis en 1934 sur le même sujet, après un rapport de M. Meillière : que le pain bis soit recommandé pour l'alimentation courante et substitué dans la plus large mesure possible au pain blanc. Elle constate que ce vœu va recevoir satisfaction, car elle a reçu avis que le taux d'extraction allait être augmenté par mesure d'économie de farine, et par nécessité, et porté à 82 %, taux d'extraction qui est celui du pain bis.

Ces conclusions sont adoptées.

Le pronostic des cancers du sein. — M. Henri Hartmann.

Embryome avec formations chorio-placentaires d'un testicule en ectopie. — M. Laignel-Lavastine, Mme Michel Gaultier et M. Hubert Mignot présentent l'observation anatomo-clinique d'un jeune homme de 20 ans, qui succomba à une volumineuse tumeur du testicule droit en ectopie.

Cette tumeur, qui était un embryome avec polyphormisme tissulaire et nombreux kystes, tire son intérêt de la présence de formations chorio-placentaires. Cette constatation vient d'autant mieux à l'appui de la conception de Peyron, relativement à l'activité parthénogénétique de semblables tumeurs que le lobe glandulaire de l'hypophyse présentait l'aspect gravidique avec cellules dites de castration.

Séance du 27 août 1940

Notice. — M. Pagniez donne lecture d'une notice nécrologique sur M. Armand Siredey.

Le traitement du choc traumatique par l'injection intraveineuse de sang dilué. — MM. Léon Binet et Strumza rapportent le résultat de leurs expériences réalisées chez le chien à l'aide de l'injection d'histamine. Ils individualisent un syndrome humoral du choc caractérisé par une hémoconcentration, une hyperglycémie, une chute de glutathion (seulement dans le tissu surrénal) et un effondrement de la réserve alcaline. Ils soulignent la nécessité d'une hydratation correctrice, réalisée avec le sérum chloruré, hyposulfité et bicarbonaté, dont la formule peut être la suivante :

Eau distillée	1 l.
NaCl	8 gr.
CO^3NaH	1 gr. 5
Hyposulfite de Na	4 gr.

L'injection intra-veineuse de ce sérum donne des résultats intéressants, mais fugaces. L'addition à ce sérum de sang — de sang frais ou de sang conservé — a permis aux auteurs d'obtenir le réveil de l'animal choqué.

Tentatives d'isolement du virus herpétique. — MM. C. et J. Levaditi et J. Giuntini. — Les méthodes d'isolement des corpuscules élémentaires du virus vaccinal ayant fourni des résultats remarquables, les auteurs ont appliqué les mêmes méthodes à des membranes chorio-allantoïdes infectées par le virus herpétique. Ils ont réussi à isoler ainsi des éléments corpusculaires dont la morphologie et les propriétés tinctoriales sont semblables à celles des corpuscules provenant de tissus simplement irrités, ou même normaux, corpuscules qui, d'après les constatations de Levaditi, accompagnent les éléments du vaccin jennérien. Ces données permettent de rapprocher les corpuscules herpétiques de certains constituants cellulaires, peut-être des mitochondries. Les corpuscules de l'herpès pouvant être virulents, il est possible que certains, parmi eux, représentent le virus lui-même, à moins qu'il s'agisse d'une adsorption de ce virus par des éléments corpusculaires normaux, hypothèse que les auteurs se proposent de vérifier.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 5 juin 1940

Traumatisme grave du rein. — M. Nini, de Tripoli ; M. Chevassu, rapporteur.

L'observation de M. Nini concerne un blessé chez qui trois hématuries successives, avec syncopes, ont nécessité l'intervention. On trouve un hématome périrénal : néphrectomie.

M. Chevassu a suivi un malade porteur d'hématome rénal post-traumatique. Plusieurs uretéro-pyélographies ont été pratiquées ; au dernier examen, le malade ayant été revu récemment, l'uretéro-pyélographie montre des modifications de forme des calices, l'absence du calice moyen, mais le fonctionnement rénal est redevenu presque normal ; la concentration d'urée urinaire est la même pour les deux reins. Assez souvent, on trouve une diminution du débit uréique, rarement, augmentation du débit.

Ostéochondrite disséquante de la tête fémorale. — M. Sauvage ; M. Moulonguet, rapporteur.

L'observation est celle d'un malade de 47 ans, examiné à l'occasion de douleurs de la hanche gauche et de gêne fonctionnelle ; la radiographie montre un séquestre au niveau de la tête fémorale gauche ; pas de malformation congénitale de l'article, la coxo-fémorale droite est normale. M. Sauvage a fait une résection de la tête avec abaissement du grand trochanter.

L'ostéochondrite disséquante a fait l'objet de travaux de MM. Muller, Costes et de MM. Turpin et Gilbert Dreyfus. Elle semble bien différente de l'ostéochondrite juvénile, maladie de Leggs Calvé Perth.

M. Moulonguet a obtenu de très bons résultats par l'ablation du séquestre, opération d'ailleurs plus longue et moins bien tolérée chez un sujet âgé que la résection.

Sur un cas de calcul du cholédoque traité par anastomose cholédoco-duodénale. — M. Gosset.

La malade a été hospitalisée dans le service du professeur Gosset pour calcul du cholédoque, avec ictère et fièvre élevée ; après une préparation de quinze jours, on intervient, la malade étant apyrétique. Laparotomie médiane. La vésicule est vide, le calcul est enclavé dans la portion pancréatique du cholédoque. Ce dernier est incisé et anastomosé au duodénum. Les suites opératoires sont des plus simples, bien qu'il s'agisse d'une malade fatiguée, avec cirrhose ancienne.

M. Moulonguet a fait, une fois, une anastomose bilio-duodénale ; il a employé l'incision latérale verticale. L'anastomose, faite au catgut, a lâché quelques jours après. On peut se demander si l'emploi de fils non résorbables ne serait pas un facteur de lithiase secondaire.

M. Gosset propose d'employer des soies séparées très fines.

M. Deniker préfère l'incision médiane aux incisions latérales.

Séance du 12 juin 1940

A propos de l'entorse. Deux observations. — MM. Huguier et Champeau, H. Mondor, rapporteur. — Dans l'observation de M. Huguier il y avait arrachement de l'insertion fémorale du ligament latéral interne. Dans celle de M. Champeau, alors qu'après injection novocaïnique la marche avait pu être reprise, on trouve une déchirure du ligament péronéo-astragalien antérieur de la synoviale avec épanchement dans l'articulation.

Plaie de poitrine par balle, hémorragie menaçante. Thoracotomie large en plèvre libre. Guérison. — M. Robert Monod. — Blessé par balle au voisinage de la crosse de l'aorte. La radioscopie révèle la formation rapide d'un hémothorax. Thoracotomie large immédiate. Hémorragie violente. Tamponnement, transfusion. Extraction de la balle dans le poumon. Suture, fermeture.

Ce malade n'a pu être sauvé que grâce à l'organisation parfaite de la formation où il a été soigné.

A propos des blessures du crâne. — M. Th. de Martel expose les résultats remarquables obtenus à l'hôpital américain par la technique exposée par lui pour les plaies cranio-cérébrales fraîches. Sur 45 blessés, 3 seulement ont succombé.

Séance du 19 juin 1940

De l'influence de l'injection intraveineuse de morphine dans le traitement du choc. — M. P. Funck-Brentano montre l'utilité de l'injection intraveineuse de un centigramme de morphine sur le champ de bataille même, avant tout transport. Elle supprime la douleur qui aggrave le choc et facilite le transport ultérieur.

Séance du 26 juin 1940

Ictère par rétention. Cholécystite calculeuse. Obstruction du cholédoque par deux vésicules hydatiques. — MM. A. Bergeret et J. Rachet. — Au cours d'une cholécystectomie pour vésicule calculeuse, on trouve un cholédoque très dilaté. Il est ouvert et donne issue à deux vésicules hydatiques et à un flot de bile trouble. Drainage. Fermeture. Le foie contient un kyste d'aspect crétacé.

L'auteur cite les cas analogues, d'ailleurs rares, publiés.

M. Pierre Duval remarque que le siège et l'état du kyste primitif décident du pronostic de ces cas.

Splanchnicectomie bilatérale pour hypertension solitaire. Biopsie de la surrénale. Résultat datant de quatre ans. — M. R. Lerighe. — Le malade a été opéré en mars 1936 pour hypertension et début d'hypertrophie du ventricule gauche ; section des splanchniques, ablation du premier ganglion lombaire et biopsie de la surrénale, qui montre un état d'hypernéphrie. Disparition de tout symptôme. Mobilisé en août 1939, il est examiné en avril 1940, ne se plaignant de rien malgré une tension encore élevée (19-12).

Oblitération de l'aorte. Ablation bilatérale du premier ganglion lombaire. Résultat de près de quatre ans. — M. R. Leriche. — Chez un malade atteint du syndrome d'oblitération basse de l'aorte (impuissance génitale, fatigabilité, atrophie des membres inférieurs, absence de pouls aux membres inférieurs et dans les iliaques), l'auteur a pratiqué en juin 1935 l'ablation du premier ganglion lombaire droit. Amélioration considérable : disparition des douleurs aux membres inférieurs, réchauffement de ceux-ci, état qui se maintient depuis lors.

La mort des brûlés, étude expérimentale, par L Christophe, chargé de cours de l'Université de Liége, avec une préface du professeur Léon Binet. — Un volume de 84 pages, avec 19 figures et 19 tableaux. Prix : 40 francs, chez Masson et Cie, 1939.

VARIÉTÉS

Petite contribution à la petite histoire

BOUCHUT & TROUSSEAU

Les étudiants qui fréquentaient l'hôpital des Enfants-Malades avant 1884 pouvaient suivre la visite d'un des médecins les plus connus de cet établissement, Eugène Bouchut. Pendant vingt ans, de 1863 à 1884, où il prit sa retraite, Bouchut fut attaché à la maison de la rue de Sèvres. Il avait été auparavant médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, aujourd'hui hôpital Trousseau.

Grand, un peu maigre, le visage entouré d'un collier de barbe grise, le nez un peu fort, cravaté de blanc, chaussé de souliers vernis, il avait une belle prestance. Sa parole était aisée, claire, correcte. Il enseignait au lit du malade et donnait parfois des conférences dans une petite salle voisine de son service.

Agrégé de la Faculté de Médecine, il ne fut pas professeur titulaire. Il ne fut pas non plus membre de l'Académie de médecine.

C'était pourtant un médecin très cultivé et un esprit chercheur. S'il se plaisait trop aux hypothèses risquées et aux interprétations hardies, il faut reconnaître qu'il a eu nombre d'idées originales. Il suffira d'en rappeler deux.

En 1858, Bouchut inventa le tubage du larynx et l'appliqua au traitement du croup. Malheureusement, il ne sut pas en mettre au point l'instrumentation nécessaire, ce que réussit O'Dwyer, vingt-sept ans plus tard, en 1885. Au Congrès de Berlin, en 1890, O'Dwyer reconnut loyalement que Bouchut avait eu le premier l'idée du tubage, que le premier il avait exécuté l'opération et que, s'il avait échoué, l'imperfection de ses instruments en était la cause.

C'est Bouchut qui eut l'idée d'appliquer l'ophtalmoscope au diagnostic des maladies cérébro-spinales ; mais il eut le tort de faire porter ses principales recherches sur la méningite tuberculeuse, où l'ophtalmoscope est le moins utile au diagnostic.

Son grand *Traité pratique des maladies des nouveau-nés, des enfants à la mamelle et de la seconde enfance*, qui a eu huit éditions (la dernière est de 1885), renferme nombre de vues personnelles. Sa lecture est facile, agréable et instructive même aujourd'hui.

Il est conçu dans un esprit différent de celui de Rilliet et Barthez, auquel un esprit curieux trouvera intéressant de le comparer.

C'est grâce à Bouchut qu'a été construit à l'hôpital des Enfants-Malades le premier pavillon d'isolement pour les maladies contagieuses, celui qui fut ouvert en 1883 pour y soigner les enfants atteints de diphtérie.

Bouchut ne s'est pas borné à cultiver la pédiatrie. Il a beaucoup écrit sur la médecine générale. Entre autres ouvrages, on peut citer de lui de *Nouveaux éléments de pathologie générale* et une *Histoire de la médecine et des doctrines médicales*.

Bouchut mourut au mois de novembre 1891. Grancher, qui avait été son interne, fut chargé de représenter la Faculté à ses obsèques et d'y prendre la parole. Son discours, fort remarquable, fut publié par la *Gazette des Hôpitaux* du 1er décembre 1891.

Un rédacteur de ce journal le fit suivre d'un commentaire dans lequel il faisait allusion à certaines rancunes dont Bouchut aurait été la victime. Et certains s'étonnèrent en effet qu'un agrégé de cette valeur n'ait pas revêtu la robe professorale et ne soit pas entré à l'Académie.

L'explication leur en fut donnée par les anciens élèves de Trousseau, car il y en avait encore à la Faculté et à l'Académie. Et voici ce qu'ils racontèrent.

Bouchut fut nommé interne des hôpitaux à la fin de 1838, ayant à peine dépassé sa vingtième année.

Il fit une première année d'internat dans le service de Trousseau à l'hôpital Necker. Ayant obtenu la médaille d'or en 1842, il demanda à Trousseau de faire une nouvelle année d'internat dans son service de Necker.

Ce service comprenait deux salles de médecine générale, une pour les hommes, une pour les femmes, et une crèche recevant des enfants âgés de moins de deux ans, avec leur mère.

Cette crèche était une partie très importante du service, car, à cette époque, l'hôpital des Enfants-Malades ne recevait pas les enfants âgés de moins de deux ans ; ceux-ci étaient accueillis dans les crèches hospitalières, en particulier à celle de l'hôpital Necker, contigu à l'hôpital des Enfants-Malades, appelé alors hôpital de l'Enfant-Jésus.

Dans cette crèche de Necker, Trousseau donnait un enseignement sur les maladies du premier âge. Quelques-unes des leçons qu'il y faisait ont été recueillies dans sa célèbre clinique de l'Hôtel-Dieu; elles permettent d'avoir une idée de ce qu'était son enseignement ; elles en expliquent le succès.

Pendant les deux années que Bouchut passa auprès de Trousseau, il recueillit l'enseignement encore inédit de son maître et il s'en servit pour rédiger la première édition de son Traité, laquelle parut en 1845 sous le titre de *Manuel pratique des maladies des nouveau-nés et des enfants à la mamelle*. C'est un volume in-12 de 612 pages, alors que la huitième et dernière édition de son Traité est un gros in-8° de 1.148 pages.

Mais le petit manuel de 1845 est extrêmement intéressant à consulter. Très bien rédigé, avec clarté et méthode, il donne une idée très vivante de ce qu'était l'enseignement de Trousseau.

Or, ce manuel issu de l'enseignement de Trousseau, Bouchut le dédia à Rayer, l'ennemi de Trousseau. Pourquoi cette dédicace ? Sans doute pour s'assurer l'appui du tout puissant Rayer.

Sous le règne de Louis-Philippe et sous le Second Empire, Rayer, médecin de la Charité, membre de l'Institut, doyen de la Faculté de médecine, fut un homme officiel très influent. Cela n'enlève rien à son mérite, car il a laissé des travaux tout à fait remarquables. Mais il était hostile à Trousseau qui faisait un peu figure d'opposant et inclinait vers les idées qu'on appelle avancées et qui sont peut-être le contraire. On sait qu'en 1848, il fut membre de l'Assemblée nationale.

Trousseau fut outré du procédé de Bouchut. Il ne le lui pardonna jamais. Il fit partager ses sentiments à ses élèves qui, après la mort de leur maître, continuèrent à s'opposer à la nomination de Bouchut comme professeur à la Faculté et à son entrée à l'Académie.

Par son attitude et par ses actes, Bouchut aurait pu triompher de cette opposition. Il n'en fit rien.

Dans la première édition de son livre, le nom de Trousseau était cité fréquemment. Dans les éditions ultérieures, il fut peu à peu éliminé. Il ne fut conservé que lorsqu'il s'agissait de le contredire. Trousseau soutenait une lutte ardente pour faire accepter la trachéotomie dans le traitement du croup. Bouchut critiqua cette opération et s'efforça de lui substituer le tubage. Trousseau n'eut pas de peine à montrer l'imperfection des tubes de Bouchut et les dangers de leur séjour dans le larynx. En ayant introduit dans le larynx de chiens, il fit voir qu'en moins de quarante-huit heures leur séjour dans ce conduit produisait des ulcérations ou un sphacèle complet de la muqueuse. C'est ce qui fit abandonner l'opération. Il faut regretter que le principe même en soit tombé dans un complet oubli pendant vingt-sept ans.

Enfin, Bouchut ne sut pas acquérir la sympathie de ses

collègues. Sans doute ses succès de médecin consultant, non seulement pour les maladies des enfants, mais aussi pour celles des adultes, durent-ils lui susciter des envieux.

Ce fut tout cela qui ferma à Bouchut les portes de la Faculté et de l'Académie.

Memor.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

Mardi 4 juin. — Jury : MM. Guillain, Laignel-Lavastine, Laubry, Giroud. — M. Daguet. Sur un cas de paraplégie avec hémianesthésie globale chez une tuberculeuse. — M. Malbreil. Manifestations psychiques au cours de la maladie de Basedow. — Mme Leblanc. Etude clinique et électrocardiographique des infarctus du myocarde.

Mercredi 5 juin. — Jury : MM. Léon Binet, Chiray, Troisier, Aubertin. — Mlle Henry. A propos de deux cas de maladie de Basedow fulminante. — M. Jugnet. La section d'adhérences dans le pneumothorax en milieu sanatorial. — M. Lafon. A propos de la « sprue nostras ». Essai sur la pathologie de l'absorption intestinale.

Jeudi 6 juin. — Jury : MM. Balthazard, Lereboullet, Tanon, Lemaître. — M. Panouillot. Le benzolisme professionnel. — M. Chaltiel. Contribution à l'étude des perforations typhiques chez l'enfant. — M. Frémont. Pneumopathies aiguës primitives. — Mlle Raab. Nietzche et la psychiatrie. — M. Govaerts. Dans quelle mesure la dentition temporaire est influencée par le rachitisme ? Etude clinique.

Mardi 11 juin. — Jury : MM. Pierre Duval, Jeannin, Verne, Moulonguet. — M. Sayous. Méthode de traitement des fractures de l'apophyse odontoïde de l'axis et des luxations de l'atlas par ostéosynthèse métallique. — M. Schreiber. Synthèse des données acquises sur l'étiologie et les thérapeutiques de stérilité conjugale. — M. Saint-Paul. Contribution à l'étude des œufs gemellaires, et en particulier des œufs monoamniotiques.

Mercredi 12 juin. — 1° Jury : MM. Gosset, Loeper, Lemierre, Levy-Solal. — M. Lucchini. Contribution à l'étude de la phlébite précoce chez les tuberculeux. — M. Zaepffel. Le foie, tampon physiologique. Essai de synthèse.

2° Jury : MM. Tanon, Troisier, Aubertin, Mondor. — MM. Canal y plana. Sur la nécessité de l'interdiction de la vente libre des préparations sulfamidées. — M. Bibault. Les rechutes au cours de la réadaptation au travail des tuberculeux pulmonaires. — M. Selosse. Premiers résultats de la tomographie aortique. — Mlles Rosenfeld et Cabor. Le phlegmon périnéphrétique chez l'enfant.

Jeudi 13 juin. — Jury : MM. Cunéo, Nobécourt, Laubry, Mauclaire. — M. Tran Thu Tuoc. La méthode d'oto-autoplastie appliquée aux évidements pétro-mastoïdiens. — M. Sénéchal. Contribution à l'étude de la trompe saine. Essai de pathogénie. — M. Colboc. Asthme infantile et tuberculose. — M. Texier. Notes sur l'utilité et l'organisation d'un service spécialisé de gastro-entérologie militaire de guerre. — M. Peyron. Les anomalies d'auscultation du cœur normal.

THESES VETERINAIRES

Mercredi 12 juin. — 1° Jury : MM. Lemierre, Robin, Daille. — M. Iurcovici. Bactériophagie anticolibacillaire dans le traitement de la gastro-entérite infectieuse des chats.

2° Jury : MM. Tanon, Robin, Daille. — M. Taillaud : Transhumance internationale.

LIVRES NOUVEAUX

Cours de physiologie générale, par Henri Frédéricq, Professeur à l'Université de Liége. — Deuxième édition revue. Un volume de 456 pages, 130 fr. Masson et Cie, éditeurs, libraires de l'Académie de Médecine, 120, boulevard Saint-Germain, Paris-6e.

Ce bel ouvrage est le *Cours de Physiologie générale* tel qu'il est professé par l'auteur, en une cinquantaine de leçons.

C'est un ouvrage didactique qui, tout en suivant un programme d'études, a également pour but de satisfaire l'intérêt que portent les étudiants à certains problèmes physiologiques.

Le professeur Frédéricq, fort de quinze années d'enseignement de la Physiologie, a tenu compte dans cet exposé des questions qui lui furent posées aussi bien que de celles qui lui furent faites, en un mot, de la réaction d'esprits neufs, mis en présence des lois de la Physiologie générale.

Mettant en valeur les arguments qui portent, l'auteur explique les phénomènes susceptibles de provoquer le plus d'intérêt, il établit enfin, une discrimination entre les points qui peuvent être traités succinctement, ceux qui méritent de plus amples développements. Dans ce dernier cas, il n'a pas hésité, lorsqu'il ne pouvait accroître l'étendue de son cours, à renvoyer à des traités, à des monographies, à des articles originaux.

A ce titre, ce cours de Physiologie peut servir de source d'information élémentaire à tout esprit animé de curiosité scientifique.

En résumé, livre didactique dans lequel la part personnelle de l'auteur est importante, aussi bien par le choix des questions développées, que par l'orientation philosophique ou scientifique qu'il adopte.

Thérapeutiques biologiques des affections mentales, par M. H. Claude, Professeur de clinique des maladies mentales et de l'encéphale, Membre de l'Académie de Médecine, et M. P. Rubenovitch, ancien Chef de clinique, Chef de Laboratoire de la Faculté de Médecine de Paris. — Un volume de 366 pages avec 84 figures, 85 fr. Masson et Cie, éditeurs, libraires de la Faculté de Médecine, 120, boulevard Saint-Germain, Paris-6e.

La Psychiatrie s'étend à un domaine très vaste. Si l'on tient compte des deux groupes nosologiques qui la constituent, à savoir le groupe des *Névroses* et celui des *Psychoses*, on conviendra que tout praticien peut journellement être amené à diagnostiquer un état qui soit du ressort de la Psychiatrie, et à conseiller une thérapeutique, susceptible, par la suite, d'être précisée par le médecin spécialisé en affections mentales.

Le but des auteurs dans cet ouvrage est de renseigner le praticien sur les traitements actuels en Psychiatrie, en laissant de côté la description des traitements purement psychologiques, étiologiques ou symptomatiques qu'on peut trouver dans tous les Précis.

Ils ont essentiellement en vue les grandes thérapeutiques qui ont fini par rallier la majorité des psychiatres.

Ces traitements s'appliquent à la plupart de ces psychoses graves qui, naguère, étaient laissées sans traitement curatif, et qu'on devait se contenter de voir évoluer sans intervenir.

Le pronostic de la plupart de ces états se trouve actuellement modifié grâce à la mise en œuvre d'une série de thérapeutiques parfois très actives.

Mais la plupart de ces dernières n'ont de chances de se montrer efficaces que si elles interviennent assez précocement.

C'est pourquoi le praticien doit être renseigné sur l'existence de ces thérapeutiques, sur leurs valeurs respectives, leurs indications et leurs techniques.

Cet ouvrage constitue par ailleurs une mise au point qui pourra guider l'aliéniste ou le psychiatre désireux de faire œuvre de médecin. Ce dernier y trouvera un choix de méthodes qui lui permettront d'adapter son instinct de thérapeute aux possibilités matérielles dont il dispose, au point de vue des locaux, du personnel, de l'organisation et des ressources de toutes sortes, pour traiter ses malades.

La première partie, la Pyrétothérapie en Psychiatrie, renferme une étude complète de toutes les méthodes depuis les plus anciennes et les plus simples, jusqu'aux plus récentes, tributaires des progrès de la physique médicale, en passant par celles qui ont conquis leur place définitive dans l'arsenal thérapeutique (*abcès de fixation, impaludation, sulfothérapie, électropyrexie*, etc.).

La deuxième partie, Méthodes de choc apyrétique en Psychiatrie, est consacrée à l'étude de méthodes de choc qui sont en passe de bouleverser le pronostic d'un groupe important de psychoses : ce sont l'*insulinothérapie* et la *cardiazolthérapie*. Désirant faire de ce travail une œuvre aussi complète que possible, les auteurs ont joint à l'étude de ces deux thérapeutiques de premier plan, celle de méthodes moins importantes, mais qui conservent néanmoins, en dehors même d'un intérêt historique, une certaine valeur pratique : la *narcothérapie* et la *méthode d'Aschner*. Enfin, ils disent un mot d'une méthode encore à l'étude, mais sans doute pleine d'avenir : la *narcose* et le *choc électrique*.

Laissant résolument de côté toute discussion théorique les auteurs n'ont pas hésité, cependant, à indiquer les hypothèses intéressantes suggérées par l'application de certains traitements.

Ils se sont également attachés à préciser les problèmes posés par l'examen des facteurs biologiques mis en œuvre.

Ces problèmes dépassent de beaucoup le cadre étroit réservé à des médecins spécialisés, et sont dignes d'attirer l'attention de tous ceux qui, d'une façon générale, portent quelque intérêt aux questions d'ordre biologique.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 53-54. — 4-7 SEPTEMBRE 1940. 113e ANNÉE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — LISTE DES CHEFS DE SERVICE A LA DATE DU 1er SEPTEMBRE 1940 :

Hôtel-Dieu. — Prof. N. Fiessinger, MM. Halbron, Bariéty, Sénèque, Baudouin, Bénard (Henri), Chirié, le Prof. Velter. Consultation de médecine : M. Gaultier. Cons. de chir. : Mme Jourdan-Gagneur.

Saint-Antoine. — MM. F. Ramond, le Prof. Loeper, Debray, Cain, Chabrol, Stieffel, Boulin, Jacob, Bréchot, le Prof. Grégoire, Lévy-Solal, Halphen. Cons. de méd. : M. Boltanski. Cons. de chir. : MM. Chevrier, Favory.

Necker. — Prof. Clerc, MM. Laederich, Aubertin, Binet, Heuyer, J. Berger, Gouverneur. Cons. de méd. : M. Dufour. Cons. de chir. : M. Thiéry.

Enfants-Malades. — Prof. Nobécourt, MM. Weill-Hallé, Armand-Delille, Marquézy, Darré, Bergeret, le Prof. Ombrédanne, Le Mée, Monnet (ophtalm.).

Cochin. — MM. Chevallier, le Prof. Rathery, Ameuille, le Prof. Mathieu, Fey, Ménégaux, Wilmoth. Cons. de méd. : M. Pollet. Cons. de chir. : Mme Helmer, MM. Maduro (O. R. L.), Monnet (ophtalm.).

Beaujon. — M. Weiller. Cons. de méd. : Mlle Blanchier. Cons. de chir. : M. Padovani.

Tenon. — MM. Marchal, P.-E. Weill, Brûlé, Lian, May, Etienne Bernard, Guy Laroche, Houdart, Deniker, Le Lorier, Hautant (O. R. L.), Bollach (ophtalm.). Consult. de méd. : M. Vial. Cons. de chir. : M. Redon.

Laennec — Prof. Troisier, MM. R. Bénard, Léchelle, L. Ramond, Pruvost, Roux-Berger, Robert Monod, Remy-Neris (O. R. L.), Monthus (opht.). Cons. de méd. : M. Céliee. Cons. de chir : M. Madier.

Bichat. — MM. Boidin, Faroy, Vallery-Radot, Chiray, Broeq, Mondor, Capette, Portes (accoucheur). Cons. de méd. : M. Worms. Cons. de chir. : M. Küss.

Broussais. — Prof. Laubry, MM. Moutier, le Prof. Abrami, Benda, Basset. Cons. de méd. : M. Lenège.

Boucicaut. — MM. Courcoux, Moussoir, Desplas, Ecalle, Moulonguet (O. R. L.). Cons. de méd. : M. Rachet. Cons. de chir. : Mme Batier.

Vaugirard. — Prof. Duval.

Ambroise-Paré. — MM. Jacquet, Gatellier, Monier-Vinard.

Saint-Louis. — Prof. Gougerot, MM. Civatte, Dohen, Poumeau-Delille, Touraine, Fernet, Madier, Michon, Chifoliau, Bazy, Duvoir. Cons. de méd. : M. Morin. Cons. de chir. : M. Chifoliau.

Annexe Grancher. — MM. Janet, Boppe.

Broca. — M. Moulonguet.

Baudelocque. — Prof. Couvelaire.

Tarnier. — Prof. Jeannin.

Claude-Bernard. — Prof. Lemierre, M. Laporte.

Trousseau. — MM. Paisseau, Cathala, Sorrel. Cons. de méd. : MM. Vallery-Radot, Rouget (O. R. L.).

Bretonneau. — MM. Grenet, Milhit, Gueniot, Lamy. — Cons. de méd. : MM. Nicolle, Lallemand (O. R. L.).

Hérold. — Prof. Debré, M. Huber. Cons. de méd. : M. Kaplan.

Maison de Santé. — Mme Bertrand-Fontaine, M. Soupault.

Enfants-Assistés. — MM. Lelong, Martin, Vignes.

Bicêtre. — MM. Moreau, Paraf, Toupet, Thurel.

Salpêtrière. — Prof. Guillain, Prof. Claude, MM. Ribadeau-Dumas, Faure-Beaulieu, le Prof. Gosset, Barbé, Petit-Dutaillis. Cons. de méd. : M. Escalier.
Ivry. — Mlle Barnaud, M. Métivet.
Ménages. — M. Hillemand.
Debrousse. — M. Garcin.
Sainte-Périne. — M. Cachera.

Classement des internes et externes. — Le choix des places pour les élèves internes et externes aura lieu en octobre à une date non encore fixée et que nous ferons connaître.

***

Faculté de Médecine de Paris (Réouverture). — 1° *Inscriptions.* — Les inscriptions seront reçues au Secrétariat de la Faculté de Médecine, du 16 au 30 septembre 1940.

2° *Examens.* — MM. les Candidats sont avertis que les consignations aux examens de la session de réparation de septembre seront reçues au Secrétariat, guichet n° 3, les 9 et 10 septembre 1940, de 9 heures à 11 heures et de midi à 15 heures.

***

Une série de conférences, portant sur des sujets d'actualité ou de pratique médicale, aura lieu *tous les jours, à 18 heures, au Grand Amphithéâtre de la Faculté*, à partir du mardi 10 septembre prochain.

Septembre. — Mardi 10, M. Lemierre : Le traitement des néphrites infectieuses aiguës. — Mercredi 11, M. Harvier : Chimiothérapie des méningites aiguës non tuberculeuses. — Jeudi 12, M. H. Benard : L'hormone mâle : données nouvelles ; applications thérapeutiques. — Vendredi 13, M. Fiessinger : Traitement actuel de la lithiase biliaire. — Samedi 14, M. Gougerot : Les règles générales du traitement de la syphilis. — Lundi 16, M. P. Duval : Prophylaxie actuelle du tétanos. — Mardi 17, M. Aubertin : Les hémopathies médicamenteuses et leur traitement. — Mercredi 18, M. Loeper : L'hypertension artérielle et son traitement médicamenteux. — Jeudi 19, M. L. Binet : Des sérums artificiels à la transfusion sanguine. La notion du sang dilué. — Vendredi 20, M. Laubry : Pronostic et traitement des extrasystoles. — Samedi 21, M. Rathery : Conceptions actuelles sur la néphrose lipoïdique et son traitement. — Lundi 23, M. Troisier : Le traitement d'attaque de la tuberculose pulmonaire. — Mardi 24, M. C. Vincent : Conduite à tenir en présence d'un traumatisme cranien. — Mercredi 25, M. Nobécourt : Le syndrome cholérique des petits enfants lié à des infections pharyngées et son traitement. — Jeudi 26, M.. Jeannin : Les réactions péritonéales chez la nouvelle accouchée. — Vendredi 27, M. Laignel-Lavastine : Diagnostic des obsessions et traitement des obsédés. — Samedi 28, M. Mathieu : La chirurgie de la hanche. — Lundi 30, M. Guillain : Les traitements de l'épilepsie dite essentielle.

Octobre. — Mardi 1er, M. Pasteur Vallery-Radot : L'action du sulfamide dans les infections bactériennes. — Mercredi 2, M. Debré : Prophylaxie et traitement de la diphtérie. — Jeudi 3, M. Gosset : Le traitement actuel du cancer du sein et ses résultats. — Vendredi 4, M. Baudouin : Les sciatiques ; leur nature et leur traitement.

***

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques, Hôpital Saint-Louis. — M. le Professeur H. Gougerot, médecin de l'hôpital Saint-Louis a recommencé ses cliniques le mercredi 4 septembre 1940, à la consultation de la Porte, à 20 h. 30 (présentation de malades triés) et à 21 heures (leçons pratiques). Il les continuera les mardis matin, à 10 heures (leçon pratique) et vendredis matin, à 10 heures (présentation de malades) à l'amphithéâtre Louis-Brocq de la clinique et les mercredis soirs, à 20 h. 30, à la consultation de la Porte.

Sujet : Traitement de la syphilis et l'indispensable en syphiligraphie (avec présentation de malades et de moulages, projections).

Consultations de la Porte à 9 heures, les mardis.

Physiothérapie et petites opérations à 9 heures, les mercredis, salle Dominici (pavillon Bazin).

Visite des salles à 10 heures, les mercredis.

Les jeudis de la Clinique de Saint-Louis, fondés sous le patronage de Louis Brocq, en 1929, et continués depuis onze ans ; études des questions d'actualités dermato-vénéréologiques par des spécialistes de chaque question, et les trois cours de perfectionnement (1re série : octobre, novembre, décembre ; 2e série : avril, mai, juin) reprendront dès que les circonstances le permettront.

***

Clinique médicale de l'Hôpital Cochin, Professeur F. Rathery.

1° Notions essentielles de pathologie médicale. — Un cours de révision sera fait tous les jours à l'Amphithéâtre de la Clinique médicale, le matin à 11 heures, par le Prof. Rathery et ses collaborateurs :

Lundi : maladies du cœur et des vaisseaux, M. Merklen, médecin des hôpitaux. — Mardi : maladies de l'appareil respiratoire et tuberculose pulmonaire, M. Julien Marie, médecin des hôpitaux et Mlle Turiaf, chef de clinique. — Mercredi : maladies des glandes vasculaires sanguines, du sang et des organes hématopoiétiques, M. Derot, médecin des hôpitaux. — Jeudi : maladies des reins et de la nutrition, Prof. F. Rathery. — Vendredi : maladies du système nerveux, Mlle M.-L. Jammet, chef de clinique, et M. Sigwald, ancien chef de clinique. — Samedi : maladies du tube digestif et de ses annexes (foie, etc.), M. Froment, assistant, et M. Boltanski, médecin des hôpitaux.

Ces conférences ont commencé le jeudi 29 août 1940 et se poursuivront jusqu'à fin octobre.

2° Quatre conférences sur le traitement du diabète sucré et de ses complications.

Dimanche 6 octobre 1940 : Le traitement du diabète simple : Le régime. — Dimanche 13 octobre : Le traitement du diabète consomptif : L'insuline. — Dimanche 20 octobre : Le traitement des gangrènes diabétiques. — Dimanche 27 octobre : Le traitement du coma diabétique.

Ces conférences seront faites par M. le Prof. F. Rathery à l'Amphithéâtre de la Clinique médicale de l'hôpital Cochin, à 10 h. 30.

***

Revision de notions pratiques de pharmocologie. — Six conférences de pharmacologie, suivies chacune de démonstrations pratiques, ont lieu depuis le jeudi 5 septembre inclus, à la Faculté de Médecine (amphithéâtre Vulpian et salle des travaux pratiques de pharmacologie), de 14 heures à 17 heures.

Peuvent y prendre part les étudiants qui ont à subir au mois d'octobre l'un ou l'autre des examens de phamacologie.

Les inscriptions sont reçues au Secrétariat, de 14 heures à 16 heures.

En raison des circonstances actuelles, les droits d'inscription sont réduits à 50 francs. En seront exemptés ceux des étudiants dont la situation matérielle actuelle sera avérée difficile.

L'Institut du Cancer de la Faculté de Médecine à Villejuif, qui n'a suspendu son activité à aucun moment, fonctionne d'une façon normale.

Les consultations ont lieu comme précédemment tous les lundi, mercredi et vendredi matin, y compris les consultations de chirurgie, gynécologie, proctologie, urologie.

Les lundi et vendredi matin : O. R. L. Le mercredi matin : gastro-entérologie.

Les services d'hospitalisation reçoivent les malades pour traitement, à l'exclusion des chroniques, comme à l'habitude.

Renseignements pour les militaires tués, blessés ou disparus. — Nous rappelons qu'un service de renseignements pour les militaires tués, blessés et disparus a été créé depuis le 15 juin au Ministère des Pensions, 37, rue de Bellechasse.

Les demandes de renseignements devenant de plus en plus nombreuses, le ministère a décidé de recevoir dorénavant les visiteurs dans l'ordre alphabétique suivant :

Le lundi, renseignements concernant les militaires dont les noms commencent par les lettres A et B ; le mardi, C et D ; le mercredi, E, F et G ; le jeudi, H, I, J, K ; le vendredi, L, M ; le samedi, N, O, P, Q ; le dimanche, R à Z.

Laboratoires actuellement ouverts. — A la liste que nous avons publiée dans le précédent numéro (nos 51-52, p. 502), ajouter les laboratoires Substantia.



2 médicaments cardiaques essentiels

A PROPOS DE LA PATHOGÉNIE DES EMBOLIES PULMONAIRES POST-OPÉRATOIRES

Par M. A. Fiehrer
Ancien chef de clinique à la Faculté
Ancien interne des hôpitaux de Paris

Actuellement, la plupart des auteurs sont d'accord sur l'extrême rareté de l'embolie pulmonaire comparée à la fréquence relative de l'infarctus. Pierre Bardin, dans sa thèse (1939) a établi cliniquement, anatomo-pathologiquement et expérimentalement la réalité de ce fait.

Au terme d'embolie pulmonaire, allons donc de l'avant, et substituons-lui le terme d'*infarctus pulmonaire.*

Nous voudrions montrer dans cet article la nature anaphylactique des accidents post-opératoires, type infarctus pulmonaire.

I. — Production des accidents anaphylactiques.

Tout d'abord quelques notions sur les mélanges des colloïdes.

a) Les mélanges des colloïdes.

Auguste Lumière, dans un article récent (novembre 1939), nous dit :

« Prélevant du sang, chez un animal quelconque, si nous séparons les hématies du sérum pour en préparer un extrait isotonique, après les avoir préalablement lavées au moyen d'une solution de chlorure de sodium, nous constaterons que cet extrait filtré à la bougie et parfaitement limpide, donne un précipité avec le sérum de même provenance.

« De même, si après avoir saigné un animal on prélève les masses musculaires de l'un de ses membres pour en préparer un extrait que l'on filtre soigneusement, cet extrait ajouté au sérum du même animal précipite de la même manière.

« Après désarticulation d'une cuisse, chez le cobaye, broyons aussitôt tous les tissus du membre amputé (sauf la peau) en présence du sérum physiologique et de sable pour faciliter le broyage, l'opération étant effectuée aussi rapidement que possible ; aussitôt filtré, l'extrait total ainsi obtenu est parfaitement limpide, mais il ne tarde pas à se troubler spontanément. En éliminant par une nouvelle filtration, le précipité qui s'est formé de cette façon très précoce, le liquide clair qui résulte de cette manipulation va rester un certain temps limpide : une demi-heure, une heure suivant les facteurs de l'expérience, toujours quelque peu différents d'un essai à l'autre, puis tout à coup un nouveau trouble apparaît dans le milieu ; une troisième filtration donne encore un liquide qui conserve sa transparence pendant un temps plus long pour précipiter à son tour au bout de deux ou trois heures.

« On peut ainsi répéter la même série d'opérations à la suite desquelles l'extrait met des temps de plus en plus longs à se troubler.

« Ces différentes expériences prouvent sans aucun doute que les colloïdes des différents tissus des êtres vivants sont incompatibles ; lorsqu'on les mélange, ils réagissent les uns sur les autres en donnant infailliblement des précipités insolubles ».

Les mélanges des colloïdes précipitent.

b) Le ralentissement circulatoire pendant et après l'opération chirurgicale aboutit au mélange du sang porte avec le sang cave.

a) Au cours des interventions chirurgicales, il y a hypotension artérielle; la propulsion du sang porte, de l'intestin vers le foie, n'est plus assurée normalement. Il y a ralentissement de la circulation porte et stase. Outre, l'hypotension artérielle, il faut encore compter avec la gêne de la circulation causée par la position déclive, l'ouverture de l'abdomen, les différents mouvements opératoires...

b) Il existe de nombreuses communications directes porto-caves : les unes sont classiques, par les veines hémorroïdales inférieure et supérieure, la veine hypogastrique, les veines œsophagiennes portorénales, et porto-pulmonaires (M. Villaret). Les autres sont d'acquisition plus récente. Il existe, notamment dans la base du mésentère, d'autres anastomoses porto-caves. Leur volume, très variable, va du diamètre d'un capillaire à celui d'un stylet et même plus (Hawlicek).

c) Par suite du ralentissement circulatoire portal, puis de la stase, il y a, à certains moments, inversion du courant sanguin ; il y a un courant porto-cave qui remonte des origines de la veine vers les branches de la veine cave et ainsi se trouve réalisé *le mélange des deux sangs.*

Une expérience de Henri Paschon, de Lausanne (sang porte dans la veine fémorale) affirme l'incompatibilité des sangs cave et porte.

c) Le mélange porto-cave doit être assez rapide pour produire des phénomènes morbides.

Deux cas cliniques entre autres viennent à l'appui de la nécessité d'une action rapide pour produire les phénomènes anaphylactiques.

1° Le cas des garrots.

Les broyages musculaires des plaies de guerre réalisent chez l'homme les expériences de broyage musculaire chez l'animal. Chacun sait que l'on peut éviter des chocs mortels en desserrant avec de grandes précautions et une extrême lenteur (un quart d'heure ou une demi-heure) les garrots assurant la striction.

« En effet, pour qu'un précipité injecté dans les vaisseaux provoque un choc, il faut que son introduction dans le torrent circulatoire soit brusque et relativement massive » (A. Lumière).

2° Le cas des cirrhotiques.

Les anastomoses porto-caves développées assez lentement sont pourtant nombreuses et n'occasionnent pas de choc au malade atteint de cirrhose.

d) L'épine pulmonaire.

Pourquoi les accidents anaphylactiques se localisent-ils à l'appareil pulmonaire ?

Ici paraît intervenir, nous semble-t-il, le mode d'anesthésie : de nombreux auteurs sont d'accord pour signaler l'extrême rareté si ce n'est l'absence, des complications pulmonaires post-opératoires, lors des anesthésies par les composés barbituriques (en lavement ou intra-veineux). Peut-être le rôle de l'irritation de l'anesthésie par inhalation est-il capital.

On peut rapprocher de ces notions les descriptions des lésions histologiques provoquées sur les poumons par les gaz de combat dits suffocants, type phosgène (médecin commandant Moynier).

Donc un mélange rapide porto-cave aboutit à un précipité, à un choc anaphylactique.

II. — Caractère des accidents anaphylactiques type infarctus pulmonaire.

Dans un article récent sur les embolies pulmonaires Jean Pignot nous dit :

« L'étude clinique des embolies pulmonaires a subi, parallèlement aux données expérimentales nouvelles, une orientation toute différente. Se plaçant sur le terrain strictement clinique, Villaret et ses élèves, Ameuille, Fauvet, ont estimé qu'il y avait lieu de considérer les phénomènes cliniques comme étant l'expression de troubles « extériorisant l'ébranlement nerveux réflexe et la réaction générale de l'organisme » (P. Bardin) et ils ont proposé provisoirement le terme de « choc pulmonaire » pour traduire cet ébranlement neuro-végétatif brutal à point de départ pulmonaire sans préjugé de son déterminisme anatomique et physiologique ».

P. Bardin envisage en clinique : les embolies graves, les moyennes embolies, les embolies capillaires. Nous n'envisagerons pas ce dernier groupe d'embolies car on ne peut guère discuter la pathogénie de ces embolies graisseuses, gazeuses, cellulaires, microbiennes.

Trois tableaux schématiques et souvent plus ou moins intriqués rappellent les symptômes du grand choc anaphylactique : la forme syncopale, la forme angineuse, la forme de collapsus cardio-vasculaire.

Presque tous les auteurs admettent actuellement la brutalité des accidents pulmonaires mortels ; ce n'est pas une

raison suffisante pour affirmer le diagnostic d'embolie (Peter, Marfan, Pierre Brocq, P. Bardin). Les différents symptômes observés dans ces formes sont également ceux du choc anaphylactique. Dans les cas aigus, le symptôme commun primitif le plus typique est l'importance de la chute de la pression artérielle. Léon Binet et Justin-Bezançon ont établi l'influence des embolies pulmonaires sur la tension artérielle (poudre de lycopode).

De la forme asphyxique à la forme moyenne type infarctus de Laennec, on a tous les intermédiaires entre l'œdème aigu du poumon rapidement mortel et la simple réaction locale pulmonaire hémorragique.

Jean Quénu a signalé dans l'infarctus pulmonaire le fait suivant : « C'est une sudation profuse inondant le malade, qui d'une manière à peu près constante accompagne la production de l'infarctus ». Socca déjà avait noté de *véritables crises sudorales* dans l'angor pectoris.

Tous les faits cliniques plaident donc en faveur du rôle incontestable des troubles neuro-végétatifs si caractéristiques du choc anaphylactique.

III. — Les lésions anatomo-pathologiques des accidents pulmonaires « emboliques ».

1° *Les autopsies des formes graves.*

Elles sont souvent déconcertantes. « ...Rien ne prouve que le ou les caillots trouvés à l'autopsie dans les artères pulmonaires proviennent des membres inférieurs ou du petit bassin en cas d'accident post-opératoire... Que de fois, en effet on trouve en pareil cas les veines fémorales et iliaques absolument saines aux examens macroscopique et histologique. Bien souvent, comme l'ont fait remarquer divers chercheurs, la coagulation se forme *in situ* dans l'artère pulmonaire elle-même. Du reste, on ne conçoit pas comment des caillots ramifiés, comme ceux retrouvés par certains auteurs après l'opération de Trendelenburg, pourraient prendre naissance dans une veine périphérique et cheminer sans encombre dans le tronc cave inférieur, l'oreillette et le ventricule droits. Il est vraisemblable que, dans certaines observations, on a pris pour des embolies pathogènes des coagulations agoniques... » (P. Bardin). Tavernier a observé personnellement un assez grand nombre de morts subites chez des opérés; chez deux d'entre eux il a pu faire l'autopsie : les artères pulmonaires étaient libres et l'auteur n'a pas pu trouver la lésion qui a déterminé la mort.

2° *Les lésions histologiques de l'infarctus.*

Elles sont analogues aux lésions anaphylactiques. Ce sont avant tout des lésions hémorragiques et congestives.

IV. — Interprétation pathogénique.

Trois éléments sont présents :

1° Il y a d'abord le terrain de *dystonie vago-sympathique;* il est important et pour Bardin le facteur constitutionnel de Leriche et Jurgens dans la pathogénie des thromboses et des embolies, relèverait peut-être d'une prédisposition nerveuse vago-sympathique, d'une *hypervagotonie.* Mais il n'est pas tout. Nous en donnerons pour preuves les tentatives infructueuses de contrôle expérimental de l'origine nerveuse pure de l'infarctus et les assez nombreux échecs de la méthode préventive des accidents post-opératoires par la triade atrophine-éphédrine-bicarbonate de soude.

2° Ensuite, c'est l'*épine pulmonaire ;* elle est aggravée ou constituée par l'anesthésie opératoire.

3° Enfin, nous avons le choc opératoire avec mélange sanguin porto-cave qui produit une précipitation des colloïdes. Cette précipitation est variable dans son aspect et dans son intensité.

A. Lumière insiste sur les *particules avec aspérités anguleuses* produisant un grand effet irritatif sur les endothéliums vasculaires. P. Bardin dans ses études expérimentales a montré que le syndrome clinique rapidement mortel, dit de grosse embolie est obtenu en utilisant des *embolus minuscules* (suspension de poudre de pierre ponce passant à travers le tamis 120). « Toujours est-il que nos grains de pierre ponce ne provoquent d'accidents mortels qu'à partir d'un calibre donné (150 μ) ce qui localise le siège de l'irritation mortelle, non pas à l'artère pulmonaire ou au capillaire alvéolaire, mais à l'*artériole intraparenchymateuse* ».

Dans des travaux récents, Pierre Duval et Léon Binet injectent des polypeptides à des chiens et produisent des lésions pulmonaires évidentes sur des chiens préalablement sensibilisés, Duval et Binet obtiennent des lésions pulmonaires sans aucun choc et les accidents pulmonaires post-opératoires type infarctus sont dus, pour eux, à l'intoxication par des polypeptides.

Nous ne pensons pas que l'on puisse superposer aussi exactement l'expérimentation et la clinique. Ces différentes manifestations de l'anaphylaxie rendent encore le problème plus complexe : l'absence de choc appréciable n'exclut pas une anaphylaxie locale prédominante. L'irritation locale intravasculaire paraît agir soit directement, mécaniquement (Schwiegk), soit par l'intermédiaire d'un *mécanisme histaminique* (Ungar).

Cependant, en tenant compte des recherches expérimentales récentes, on peut adopter le schéma suivant :

a) Formation d'un *fin précipité :* choc pouvant être mortel.

b) Formation d'un *gros précipité :* infarctus pulmonaire.

D'ailleurs, cette théorie anaphylactique de l'infarctus pulmonaire doit être rapprochée de celle de Grégoire, Binet et Couvelaire proposée pour l'infarctus intestinal ; ces auteurs ont démontré cliniquement et expérimentalement que certains infarctus intestinaux sont dus à des phénomènes anaphylactiques.

CONCLUSION

Si l'on admet à la base des infarctus pulmonaires post-opératoires et du syndrome clinique grosse embolie, la pathogénie anaphylactique, il suffit d'instituer la thérapeutique préventive antianaphylactique.

Pourquoi ne pas essayer un médicament inoffensif et efficace comme *l'hyposulfite de soude* (soit *per os*, soit par *voie intraveineuse*).

La pathogénie anaphylactique des infarctus pulmonaires post-opératoires a, au moins, le mérite de suggérer une médication simple sans aucun danger et qui peut rendre de grands services.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bardin (Pierre). *Thèse Paris* 1937.
2. Duval (Pierre) et Binet (Léon). *Acad. de Chir.*, 12 février et 24 juin 1936.
3. Grégoire et Binet. *Soc. Nat. de Chir.*, avril 1935.
4. Grégoire et Couvelaire. *La Presse thermale et climatique*, 19 mai 1936. *Soc. Nat. de Chir.*, 6 novembre 1935.
5. Hawlicek, Leriche, Govaerts et Roskam. *Soc. de Méd. de Gand*, octobre 1935.
6. Lumière (Auguste). *L'Avenir médical*, n° 10, novembre 1939.
7. Ménétrier (J.) et Coldefy (J.-M.). L'embolie pulmonaire. *Gazette des Hôpitaux*, 1939, 75-76, 1245.
8. Moynier. Les gaz de combat. — Etude clinique des lésions dues aux gaz toxiques. *Paris médical*, n° 13, 30 mars 1935.
9. Pignot (Jean), E. M. C. Poumon, 6006, 1 à 8.
10. Ungar, Grossiord et Brincourt. *Soc. de Biol.*, 9 novembre 1935.
11. Villaret (Maurice), Justin-Bezançon et Bardin, S. M. H., 4 avril 1938.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

LES NEURO-RECIDIVES D'APRES PAUL EHRLICH

Par L. Babonneix

Membre de l'Académie de Médecine

Lorsque en 1910, Ehrlich découvrit le diodiaminoarsénobenzol et l'appliqua au traitement de la syphilis, on ne fut pas long à s'apercevoir que chez les sujets soumis à ce médicament, apparaissaient des troubles nerveux, et particulièrement des paralysies des IIe VIIe et VIIIe paires, pour lesquelles Ehrlich inventa le terme de *neuro-récidives*. D'après lui, ces paralysies étaient liées, non à une intoxication arsenicale mais à l'infection syphilitique, le 606 n'arrivant pas à atteindre, au sein du système nerveux, les spirochètes qui contribuent à se multiplier, produisant souvent ainsi des lésions irrémédiables.

Consacrant à ce sujet un intéressant mémoire, M. Adrien Schoch (1) rappelle d'abord que la gravité des troubles n'est pas le fait de l'extension des lésions mais de leur siège sur des nerfs traversant de minces canaux osseux, ainsi que sur les gaines formées par la dure-mère.

Les nerfs principalement atteints sont les suivants : optique, moteur oculaire commun (IIIe paire) pathétique (IVe paire), trijumeau, abducens, facial et acoutisque, qui, justement, parcourent, soit des canaux osseux très ténus, soit des gaines fibreuses, extrêmement fines en forme de manchettes, par exemple l'anneau tendineux de Zinn. Les autres nerfs cérébraux plus avantagés peuvent échapper à une pression mécanique.

En principe, du reste chaque nerf atteint directement par l'affection syphilitique d'une part, exposé d'autre part aux effets de la thérapie salvarsanique peut être atteint.

On a noté aussi — beaucoup plus rarement cependant — des cas d'hémiplégie et de paralysie d'Erb voire d'épilepsie ou plutôt d'accès épileptoïdes.

La conception d'Ehrlich provoqua d'emblée de vives critiques. On avait encore trop bien en mémoire les résultats produits par certaines préparations arsenicales, en particulier l'arsacétine et l'atoxyl dont l'emploi conduisait parfois à une atrophie optique définitive. Un cas malheureux de Finger donna à penser que le salvarsan pouvait aboutir aux mêmes catastrophes. On a objecté à Ehrlich que, au cours de l'infection spécifique traitée par l'arsenic, surviennent souvent des affections cutanées et muqueuses que n'explique pas la compression ; que la fréquente localisation des troubles auditifs rappelait de très près ceux que détermine l'arsacétine. On ne manquait pas de faire observer que l'arsenic est le poison nerveux et vasculaire par excellence.

Il est aisé de refuter ces objections.

En ce qui concerne la malade de Finger, elle avait, depuis près d'un an, pris force médications spécifiques, dont voici le détail : 30 injections d'arsacétine + 69 d'énésol. Comment attribuer à la seule injection de salvarsan l'atrophie optique constatée chez elle au bout de trois mois ?

On connaît nombre d'affections syphilitiques de l'œil : iritis, iridocyclites, neurorétinites, pour lesquelles le salvarsan se montre inoffensif.

Dans d'autres spirilloses : fièvre récurrente, framboesia, ce produit n'a jamais occasionné de troubles nerveux.

A doses élevées, aucun symptôme de neuro-récidive n'a été observé tandis que, pour l'atoxyl et l'arsacétine, l'effet toxique augmente en proportion de la dose administrée.

(1) Adrien Schoch. Les neuro-récidives selon Paul Ehrlich. *Revue médicale de la Suisse romande*, n° 13, 25 novembre 1939, p. 795-810.

La grande efficacité du salvarsan plaide contre l'hypothèse qu'il doit à l'arsenic sa grande toxicité.

La théorie d'Ehrlich fut bientôt adoptée par des spécialistes de la valeur de Neisser, en Allemagne, de Milian, en France. En fait, presque tous les cas de neuro-récidive traités énergiquement par le salvarsan guérirent avec rapidité.

Avec M. Schoch ajoutons quelques détails à ces données essentielles.

Les accidents surviennent au moment où se produit la multiplication la plus intense des spirochètes, c'est-à-dire au début de la période secondaire.

Ils sont plus fréquents chez les hommes de 30 à 40 ans et semblent favorisés par plusieurs causes : alcoolisme, professions bruyantes, et, dans 90 % des cas apparaissent au cours des quatre mois qui suivent l'injection.

Les symptômes sont très divers, puisqu'en principe chaque nerf cranien peut être affecté isolément ou en combinaison avec d'autres et qu'à l'occasion peuvent surgir des symptômes de méningite, d'hémiplégie ou des paralysies de types particuliers : on comprend aisément quelle profusion de cas cliniques peuvent se présenter. Le nerf le plus fréquemment atteint est l'auditif, avec 35 % ; l'optique vient ensuite avec 25 %, puis le facial avec 15-16 %.

Quelles sont les manifestations initiales les plus importantes, c'est-à-dire celles dont l'interprétation permet de poser en principe le diagnostic de neuro-récidive ?

Presque toujours, elle est précédée de prodromes bien défini. On note surtout comme c'est le cas dans la plupart des affections de siège cérébral le mal de tête violent qui, généralement précède de peu l'apparition des symptômes généraux.

Ces symptômes sont souvent accompagnés de signe d'irritation spinale tels que douleurs de la nuque et du dos ou encore d'autres prodromes : fatigue, abattement, douleurs articulaires et musculaires, parfois fièvre, manque d'appétit, insomnie rapide, diminution des facultés mentales, excitation, bourdonnements d'oreilles, etc.

Au stade aigu, il s'agit d'une augmentation d'intensité des signes caractéritiques que nous venons de traiter. Ils deviennent plus manifestes, se localisent et finissent par donner des points de repère assez précis quant à la nature, au siège et à l'extension du processus pathologique.

Dans le traitement, une seule règle : *frapper vite et fort.* Il faut s'adresser non pas au bismuth, au mercure et à l'iode, que l'expérience a démontrés très insuffisants, mais au 606 et à ses dérivés, que l'on devrait donner dès l'apparition des premiers prodromes : céphalée, bourdonnements d'oreilles, vertiges, et à doses suffisantes, sans tenir un compte absolu des épreuves sérologiques qui peuvent être négatives, même pour le liquide céphalo-rachidien. Cette conduite s'impose d'autant plus que, non traitée, la neuro-récidive peut conduire au tabes ou à la paralysie générale (Friedmann et Rothschild).

L'exercice illégal de la médecine et le charlatanisme, ressemblances et différences dans leurs éléments et dans leur répression, par Henri Beaudot, docteur en droit, diplômé de sciences pénales. — Un volume in-8° de 386 pages. Prix : 60 francs. A la Librairie du Recueil Sirey, 22, rue Soufflot, 1939.

Clinique et pathologie comparées, vénéréologie, cancérologie, dermatoses, médecine générale, phytopathologie, par L. Bory, chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis, avec une préface du professeur M. Fiessinger. — Un volume de 240 pages. Prix : 50 francs, chez Masson et Cie, 1939.

Néo-hippocratisme et homœopathie, par le Dr Léon Vannier. Un volume in-16 de 90 pages. Prix : 25 francs, chez Doin et Cie, à Paris, 1938.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 10 juin 1940

Inappétence et vitamine C. — M. Georges Mouriquand.

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 3 septembre 1940

La vaccination triple associée (typhoïde, diphtérie, tétanos) pour la population civile. — Rapport de M. Debré. — Par une lettre en date du 24 août 1940, l'Académie de Médecine a été saisie par le Ministre de la Famille et de la Jeunesse d'une proposition tendant à rendre obligatoire la vaccination triple pour la population civile.

La *Commission de l'hygiène et des maladies contagieuses*, réunie sous la présidence du professeur H. Vincent, a chargé M. Debré de faire un rapport qu'il présente à l'Académie.

Une courte discussion permet un échange de vues entre MM. Rist, Bezançon et Tanon, qui signale que les déclarations obligatoires sont faites très rigoureusement à Paris. M. le professeur Vincent rappelle ensuite que les enfants les plus jeunes supportent admirablement la vaccination antityphoïdique.

Les conclusions de la commission, mises aux voix, sont adoptées à l'unanimité.

En voici le texte :

L'Académie de Médecine émet le vœu suivant :

« 1° La loi du 25 juin 1938, qui a rendu obligatoire la vaccination antidiphtérique chez l'enfant à partir de la deuxième année, doit effectivement être appliquée ;

2° La vaccination antitétanique doit être associée à la vaccination antidiphtérique en utilisant le vaccin mixte diphtérique et tétanique ;

3° La vaccination antityphoparatyphoïdique, selon la formule des vaccinations triples associées, doit être rendue obligatoire dans les camps de jeunesse ;

4° Cette même vaccination triple associée doit être déclarée obligatoire chez les sujets de 10 à 30 ans, par décision du Ministre de la Famille et de la Jeunesse, sur proposition du Secrétaire général à la Santé publique, dans tout secteur du territoire menacé par une épidémie de fièvre typhoïde ou paratyphoïde. L'Académie de Médecine devra être consultée d'urgence sur la délimitation du secteur où la vaccination obligatoire sera envisagée ;

Enfin l'Académie rappelle la nécessité impérieuse de la déclaration des maladies contagieuses, qui est prévue par les lois et qui seule permet de prendre les mesures propres à arrêter le développement des épidémies. »

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 26 juin 1940

Un cas d'ictère par rétention dû à la présence d'hydatides dans le cholédoque. — M. Bergeret. — L'ablation des vésicules amena la guérison qui s'est maintenue depuis plusieurs années. Il est vraisemblable que le kyste hydatique hépatique est calcifié.

Discussion. — P. Duval fait remarquer qu'après rétablissement de la perméabilité biliaire, il est utile de traiter le kyste hépatique.

Séance du 3 juillet 1940

A propos des indications opératoires dans les diverticules de la vessie. — M. Fey. — Ces diverticules, d'origine congénitale, sont fréquents. Soit isolés, soit associés à une autre lésion urinaire, ils donnent lieu à des accidents qui nécessitent leur extirpation. L'auteur donne la préférence au procédé du sac (deuxième manière de Marion). Il discute les indications de cette opération.

Discussion. — M. Heitz-Boyer. — L'emploi du bistouri électrique facilite beaucoup l'exérèse de ces diverticules.

De l'utilité de doser les chlorures dans les suites des opérations d'urologie. — M. Wolfromm. — Dans une série de tableaux l'auteur montre qu'après les opérations il y a tantôt hypo ou hyperchlorurhémie, tantôt chlorurhémie normale. Dans ce dernier cas le pronostic est meilleur que s'il y a diminution et surtout augmentation des chlorures globulaires et plasmatiques.

M.. Gosset. — Il faut dans ces cas tenir compte aussi de la nature de l'anesthésique qui fait varier la teneur en chlorures dans le sang.

Séance du 10 juillet 1940

Névralgie du nerf sous-occipital d'Arnold traitée par l'opération d'Ody. — M. Funck-Brentano. — Dans un cas de névralgie rebelle à tout traitement chez un homme de 77 ans, l'auteur a employé l'opération d'Ody.

La section tronculaire du nerf ne suffit pas à la cure de la névralgie. Il faut sectionner les racines du nerf, en réalité C^2 et C^3. Dans ce but il faut sectionner l'arc postérieur de l'atlas, les masses latérales de l'axis. On a ainsi accès sur les deux racines du nerf.

La guérison a été obtenue.

Sur un kyste dermoïde rétro-péritonéal. — M. Gosset. — Sur un homme de 46 ans il a pu réséquer dans sa totalité un énorme kyste repoussant le duodénum dans le flanc gauche, situé derrière la veine cave et devant l'aorte. Opération très délicate ayant exigé deux heures.

Sur sept cas connus de ces kystes, deux ont été jugés inextirpables, deux marsupialisés. Aucun n'a été enlevé en totalité.

Présentation. — M. Thiery présente une petite sirène déglutie par un enfant de 7 ans, et rendue après cinq jours par les voies naturelles.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 24 mai 1940

Une nouvelle méthode d'hémoagglutination permettant au lit du malade le diagnostic rapide des affections typho-paratyphiques, des typhus et des brucelloses. — M. L. C. Brumpt, note présentée par M. L. de Gennes. — Une culture récente (24 heures pour T. A. B. et *Proteus* X 19, 72 heures pour *B. abortus*), est émulsionnée dans du citrate de soude à 10 %, de façon à former une suspension laiteuse ; on ajoute 0,2 % de formol et quelques gouttes de bleu de méthylène à 1 % non phéniqué et filtré. Une grosse goutte de l'émulsion est déposée sur une lame de verre ou du papier bristol ; on y ajoute une petite goutte de sang et on agite rapidement. Si le résultat est positif, en une à quatre minutes se forme une cocarde tricolore avec les agglutinats azur à la périphérie et les hématies au centre. La lecture reste possible après séchage, ce qui permet de conserver un test de l'agglutination.

Le but de cette méthode n'est pas de remplacer le séro-diagnostic ; mais sa simplicité, sa rapidité, son prix de revient insignifiant, la rendent applicable loin de tout laboratoire à la campagne, aux colonies, en cas d'épidémie massive. Ne nécessitant qu'une goutte de sang, elle peut être répétée, elle est facile à faire chez l'enfant ; enfin, en médecine vétérinaire, et dans l'expérimentation, elle évite la ponction jugulaire chez les gros animaux et la ponction cardiaque chez les petits.

Présence constante de B. K. dans le tube digestif des porteurs de bacilles. — M. Ameuille. — Il peut s'établir un circuit permanent des bacilles dans l'organisme : poumon — intestin — poumon, nouvelle voie à côté des quatre autres voies connues.

Traitement sérum-sulfamide des méningites cérébro-spinales à méningocoques. — M. Eschbach. — Les injections sous-arachnoïdiennes de sérum antiméningocoque au début du traitement répondent au souci de la rapidité d'action, une concentration suffisante de sulfamide dans le liquide céphalo-rachidien ne pouvant être obtenue avant le troisième jour. La médication conjuguée par deux à quatre injections intra-rachidiennes de sérum polyvalent et l'absorption simultanée de 2 à 8 gr. de 1162 F pendant une dizaine de jours, a donné au cours d'une épidémie de méningites à méningocoques, une série de 20 guérisons sur 24 cas. Cette méthode mixte par le sérum et les sulfamides, précoce, s'est montrée remarquable par la régularité des résultats obtenus, même dans les cas de méningococcie généralisée.

SOCIETE DE PEDIATRIE

Séance du 9 juillet 1940

Un cas de leucémie aiguë chez un enfant de 5 ans. — Prof. Nobécourt. — Début par anémie intense et purpura ; décès au bout de deux mois et demi. L'autopsie montre comme particularité une énorme hypertrophie des reins.

L'acide ascorbique dans les graines germées. — MM. Bidou, Lesné et Désarménien. — La vitamine C est absente des graines des légumineuses et céréales. Par germination elle apparaît en quantité importante dans les tigelles, surtout dans les lentilles. L'ébullition la détruit en partie. Il y a là un moyen simple de lutter contre la carence en vitamine C.

Deux cas de septicémies à staphylocoques. — M. Grenet. — Un grand garçon entre avec l'aspect typique d'une maladie de Bouillaud, puis apparition de taches purpuriques et phlyctènes. Décès en quarante-huit heures. L'autopsie montre les lésions d'une septicémie à staphylocoques (endocardite, abcès corticaux du rein, etc.).

Chez un autre enfant l'aspect du début était celle d'une pneumonie, mais on note l'œdème d'un œil avec de la stase papillaire. Dans les jours suivants un syndrome méningé se précise. Amélioration par les sulfamides et transfusions, mais les accidents s'aggravent. Décès. L'autopsie montre des abcès du poumon, du rein.

Ostéomyélite costale chez un nourrisson d'un mois. — M. E. Lesné et Mlle D. Rouget. — Début par un abcès mammaire compliqué brusquement d'emphysème sous-cutané et pneumothorax mortel. L'autopsie montre une ostéomyélite costale.

A noter le jeune âge, la rareté de la localisation, du pneumo-


UNE CURE
IODÉE
XX GOUTTES AVANT
CHAQUE REPAS
IODONUCLÉOL
SANS DANGER
D'IODISME
Cr. Office d'Éditions d'Art
J. EURY, Docteur en Pharmacie
LABORATOIRE MAUCHANT
GENNEVILLIERS (Seine)

thorax, enfin la nature de l'agent pathogène, staphylocoque, alors qu'habituellement c'est le streptocoque qui est en cause.

M. Grenet a vu récemment chez un enfant un abcès froid d'origine costale guéri par ponctions, qui contenait du staphylocoque.

MM. Armand-Delille, Lascombes, Mlle Gyrin ont vu chez un enfant émigré une collection présternale. La ponction ramène du pus à staphylocoque. L'origine sternale paraît probable.

Infections typhoïdiques chez les nourrissons. — Mlle Abricossof. — Chez deux nourrissons de 15 et 18 mois, évolution d'une fièvre typhoïde, révélée au dixième jour par des taches rosées lenticulaires et un séro-diagnostic. Chez l'un on a incriminé le lavage des biberons à l'eau du robinet, l'autre avait ingéré des huîtres.

M. Grenet, en deux mois, a vu quatre cas de fièvre typhoïde chez des nourrissons. L'un avait des signes méningitiques et de la myocardite, un autre âgé de 9 mois a fait une forme grave.

M. Lesné. — Ces cas devraient nous inciter à vacciner les enfants plus tôt qu'on ne le fait.

Deux cas de tétanos foudroyants chez l'enfant à la suite de plaies très minimes. — Mlle Abricossof. — Deux cas de tétanos après des écorchures insignifiantes malgré un traitement intensif, décès en quarante-huit heures. Il y aurait intérêt à associer la vaccination antitétanique à celle de la diphtérie dans les Ecoles.

Mlle Dreyfus-Sée rappelle que la Société a voté déjà un vœu en faveur de la vaccination mixte.

DOCUMENTS OFFICIELS

Exercice de la Médecine

Loi du 16 août 1940 (parue au *Journal Officiel* le 19 août 1940) (Famille et Jeunesse, Affaires Etrangères, Finances, Justice)

Nous, maréchal de France, chef de l'Etat français,

Le Conseil des Ministres entendu,

Décrétons :

Article premier. — Nul ne peut exercer la profession de médecin, de chirurgien dentiste ou de pharmacien en France ou dans les colonies françaises, s'il ne possède la nationalité française à titre originaire, comme étant né d'un père français.

Art. 2. — Sur proposition du secrétaire général à la Santé publique, un décret contresigné par le ministre secrétaire d'Etat à la Famille et à la Jeunesse peut autoriser ceux qui ne remplissent pas la condition prévue par l'article premier à exercer la médecine en France :

a) S'ils ont scientifiquement honoré leur patrie d'adoption ;

b) S'ils ont servi dans une unité combattante de l'armée française au cours des guerres de 1914 ou 1939.

Art. 3. — La condition prévue par l'article premier n'est pas exigée :

1° Des personnes réintégrées de plein droit dans la nationalité française à dater du 11 novembre 1918 lorsqu'elles descendent, en ligne paternelle s'il s'agit d'enfants naturels, d'un ascendant ayant perdu la nationalité par application du traité franco-allemand du 10 mai 1871 ou lorsqu'elles sont nées en Alsace-Lorraine avant le 11 novembre 1918 de parents inconnus ainsi que des personnes qui auraient eu droit à cette réintégration si elles n'avaient déjà acquis ou revendiqué la nationalité française antérieurement au 11 novembre 1918 ;

2° Des enfants naturels nés en France de parents non dénommés ou de mère française et de père inconnu, à condition toutefois qu'ils n'aient pas été postérieurement reconnus ou légitimés par un père étranger.

Art. 4. — Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* et exécuté comme loi de l'Etat.

Le Maréchal de France, chef de l'Etat français,
Ph. Pétain.

Le Ministre de Famille et Jeunesse,
Ybarnegaray.

Situation des Agrégés du 30 août 1939

Circulaire du 24 août 1940 adressée à MM. les Recteurs

Il m'a été demandé de préciser la situation administrative des candidats reçus au concours d'agrégation des Facultés de Médecine ouvert en mai 1939, et qui, nommés agrégés le 30 août 1939 avec effet du 1er novembre suivant, ont été mobilisés dès le début des hostilités et n'ont pu, de ce fait, être installés dans leurs fonctions.

Actuellement ces nouveaux agrégés sont démobilisés ou vont l'être. On pourrait envisager leur entrée en fonctions à la date de leur démobilisation. J'estime qu'il y a intérêt pour le service et qu'il est plus équitable pour les intéressés qu'ils prennent tous possession de leurs fonctions à la même date. La date qui paraît convenable est celle du début de l'année scolaire, 1er octobre 1940.

Quelques-uns des agrégés nommés après ce concours de 1939 n'ont pas été mobilisés ; ils ont pu occuper leurs emplois dès le 1er novembre 1939. J'estime qu'il n'y a que des avantages à considérer qu'ils les ont occupés non en qualité de titulaires mais à titre de chargés de fonctions. Ainsi l'effet de leur nomination partirait également du 1er octobre 1940 et leur temps d'exercice aurait le même point de départ que celui de leurs collègues reçus au même concours et qui ont été mobilisés.

Vous voudrez bien informer de ma décision M. le Doyen de la Faculté de Médecine.

Pour le Ministre et par autorisation :

Le Directeur de l'Enseignement supérieur
Conseiller d'Etat, Th. Rosset.

Fait à Vichy, le 16 août 1940.

LIVRES NOUVEAUX

Lettres de jeunesse (1840-1857). — Pasteur : Correspondance réunie et annotée par Pasteur Vallery-Radot — Un volume in-8 écu, illustré de trois hors texte, 40 fr. Bernard Grasset, éditeur, 61, rue des Saints-Pères, Paris-6e.

C'est au début de juin que Pasteur Vallery-Radot a bien voulu m'adresser le nouveau volume qu'il vient de consacrer aux lettres de jeunesse de son grand-père. J'ai lu ce livre pendant ces journées de deuil où les Français meurtris par l'inimaginable désastre se prenaient à douter de tout.

Quel réconfort ne trouve-t-on pas dans la lecture de ces lettres dans lesquelles éclate à toutes les lignes la *sincérité* de l'illustre savant. Pasteur se montre tel qu'il est, épris de vérité et de précision. Il place son bonheur dans le travail et dans la simplicité.

Grâce à cette correspondance nous pouvons vivre, avec Pasteur, cette vie de famille que tant d'entre nous ne connaissent plus ; nous retrouvons la douceur de nos vieilles provinces françaises ; nous mesurons mieux tout ce que nous avons perdu.

Il faut lire ce recueil de lettres qui est une magnifique leçon de courage et de patience, les deux vertus dont chacun de nous a le plus besoin en ce moment.

F. L. S.

***

L'Année thérapeutique : *Médications et procédés nouveaux*, par A. Ravina, 14e année, 1939. — Un volume de 204 pages, 30 fr. Masson et Cie, éditeurs, libraires de l'Académie de Médecine, 120, boulevard Saint-Germain, Paris-6e.

Avec la même exactitude et comme les années précédentes paraît l'*Année thérapeutique*.

C'est un recueil dans lequel ont été groupés et résumés pour le praticien tous les faits nouveaux d'ordre thérapeutique publiés au cours de l'année 1939 tant en France qu'à l'étranger. Résumé pratique qui a pour but de faire connaître leurs indications et leurs effets.

Cet ouvrage peut donc d'une part contribuer à faire connaître des techniques nouvelles d'application immédiate et facile ; d'autre part, indiquer les orientations actuelles de certaines méthodes thérapeutiques.

L'auteur étudie :

1° Les maladies et les symptômes, 35 traitements nouveaux ;

2° Les méthodes et techniques thérapeutiques (9 sujets traités) ;

3° Les médications nouvelles avec leurs différents emplois (21 études).

***

Rééducation psychothérapique, *Contrôle de l'Equilibre Mental et Nerveux*, par le Dr Pierre Prost. — Un volume broché in-8° de 138 pages, 13 fr. Relié dos cuir, 23 fr. Editions J. Oliven, 65, avenue de La Bourdonnais, Paris-7e.

***

L'enfant et l'adolescent instables, *Etudes chimiques et psychologiques*, par Jadwiga Abramson. — Un volume in-8° (Alcan), 40 fr. (Bibliothèque de Philosophie Contemporaine). Presses Universitaires de France, 108, boulevard Saint-Germain, Paris-6e.

***

Médicaments antianémiques et anémies expérimentales, par le Dr Jean Cheymol, docteur ès sciences, pharmacien des hôpitaux de Paris, assistant à la Faculté de Médecine. Préface du Professeur René Hazard. — Un volume de 102 pages, 22 fr. Masson et Cie, éditeurs, libraires de l'Académie de Médecine, 120, boulevard Saint-Germain, Paris-6e.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

N°s 55-56. — 11-14 SEPTEMBRE 1940. 113e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**



PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Instruction Publique. — M. Georges Ripert, doyen de la Faculté de droit de Paris, membre de l'Institut, a été nommé Secrétaire d'Etat à l'Instruction Publique et à la Jeunesse.

Faculté de Médecine de Paris (année scolaire 1940-1941).

Examens. — Avis très important. — Les délais mentionnés ci-dessous étant de rigueur, aucune consignation en vue d'un examen de fin d'année ne peut, en principe, être acceptée après ces périodes. Une dérogation à cette règle ne peut être accordée que pour des motifs graves et par délibération spéciale de la Commission scolaire. En tous cas, aucune dérogation, pour quelque motif que ce soit, ne peut être accordée dans les cinq jours qui précèdent l'affichage de la première épreuve de chaque année (jour de l'affichage non compris).

Examens de médecine. — 1° Nouveau régime d'études, session de septembre-octobre 1940. — MM. les Candidats ajournés à la session de juillet 1940, ou autorisés à ne se présenter qu'à la session de septembre-octobre 1940, sont informés que les épreuves des 1er, 2e, 3e, 4e et 5e examens de fin d'année auront lieu à partir du 20 septembre 1940 (consulter les affiches manuscrites le 16 septembre). Les consignations préalables seront reçues au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les lundi 9 et mardi 10 septembre 1940, de 9 heures à 11 heures et de midi à 15 heures.

Session ordinaire 1940-1941. — MM. les Etudiants doivent consigner pour l'examen de fin d'année, du 6 au 18 janvier 1941. Les candidats soit boursiers ou exonérés, soit en instance de bourse ou d'exonération, doivent obligatoirement se présenter au Secrétariat en même temps que leurs camarades afin de se faire mettre en série pour l'examen de fin d'année. Toute consignation ou inscription en vue d'un examen peut être faite soit par correspondance, soit par une tierce personne.

Examens de clinique. — Les candidats pourront s'inscrire tous les lundi et mardi à chacun des trois examens de Clinique, dans l'ordre choisi par eux, du 9 septembre 1940 au 20 mai 1941.

2° Thèse. — Les consignations pour la thèse seront reçues au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), de midi à 15 heures, les lundi et mardi de chaque semaine, à partir du 9 septembre 1940. La date-limite de consignation, en vue de la soutenance de la thèse, est fixée au 10 juin 1941. Le dépôt des manuscrits au Secrétariat sera suspendu le 31 mai. Il reprendra le 23 juin pour l'année scolaire 1941-1942.

N.-B. — Les candidats doivent présenter leur carte d'immatriculation munie d'une photographie au guichet n° 3, chaque fois qu'ils consignent pour un examen.

Examens de chirurgie dentaire, session de septembre-octobre 1940. — La mise en série des étudiants candidats aux différents

examens de Chirurgie dentaire, sera affichée le lundi 23 septembre 1940. L'ouverture de la session est fixée au vendredi 27 septembre 1940. Les consignations seront reçues au Secrétariat de la Faculté, guichet n° 3, le jeudi 12 septembre 1940, de midi à 15 heures.

Session de juin-juillet 1941. — 1° Examen de validation de stage dentaire. — La session s'ouvrira le lundi 19 mai 1941. Les candidats produiront les certificats attestant qu'ils justifient de deux années régulières de stage. Ces certificats doivent être établis sur papier timbré. Les consignations seront reçues au Secrétariat de la Faculté, les lundi 4 et mardi 5 mars 1941, de midi à 15 heures. La mise en série des candidats à l'examen de validation de stage sera affichée le mercredi 14 mai 1941.

2° Premier, deuxième et troisième examens. — La session s'ouvrira le lundi 9 juin 1941. Les consignations seront reçues au Secrétariat de la Faculté, de midi à 15 heures, aux dates suivantes : lundi 10 mars 1941 (étudiants à 4 inscriptions). Mardi 11 mars 1941 (étudiants à 8 inscriptions). Mercredi 12 mars 1941 (étudiants à 12 inscriptions). Les étudiants à 12 inscriptions consigneront simultanément pour les deux parties du troisième examen. La mise en série des candidats à ces examens sera affichée le mercredi 4 juin 1941.

***

Clinique médicale de l'Hôpital Saint-Antoine (Professeur Maurice Loeper).

A partir du 1er septembre, le Professeur Maurice Loeper fera le jeudi à 11 heures une leçon de clinique médicale sur la pathologie du tube digestif.

***

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (Professeur Noël Fiessinger).

Il sera fait pendant le mois de septembre, les mardis et samedis à 11 heures, dans le salon Saint-Christophe, des leçons de séméiologie médicale avec présentation de malades. Elles seront données par le Professeur Noël Fiessinger, avec l'assistance de MM. Charles Rendu et Michel Gaultier, chefs de clinique, Lamotte et Lajouanine, internes, et porteront sur la pathologie hépatique, pancréatique, splénique et hématique.

Secrétariat d'Etat à la guerre. — *Citations à l'ordre de l'armée avec palme* : le médecin capitaine Ladoz (Jean, Auguste, Marie) [*J. Off.*, 3 août 1940].

Les médecins commandants Pollosson, Maillet-Guy, Rochet, Millo ; les médecins capitaines Lemaire, Lenègre, Bertrand, Cochard ; le médecin lieutenant Tovillon ; le pharmacien lieutenant Coll ; le citoyen américain Huffer, de l'ambulance américaine de Blois (*J. Off.*, 14 août 1940).

Promotions. — Sont promus au grade de médecin colonel : MM. Doniol, Prat, Rivay, Melnotte.

Au grade de médecin lieutenant-colonel : MM. Guillard, Thirion, Barraux, Guillobey, Casabianca, Toureng.

Au grade de médecin commandant : MM. Carrat, Franchimont, Laur, Authier, Berty, Relat, Gouncelle, Aujalen, Sohier, Dubau, Collin, Lacaux, Reynaud.

Au grade de médecin capitaine : MM. Favier, Escourrou, Loubet, Rimbal, Brigantat, Jeantet, Feyler, Sarlin, Sabatier, Velluz, Lavouc, Torqueau, Miahle, Bouteille, Beaussier, Delatour, Derobert, Martin, Charlin, Boquet, Lemoine (*J. Off.*, 8 août 1940).

Légion d'honneur. — *Marine.* — Chevalier : le médecin de 1re classe Pacquet (*J. Off.*, 5 août 1940).

Laboratoires actuellement ouverts. — A la liste parue dans le numéro du 28-31 août, ajouter le laboratoire Synthesis.

Renseignements. — Ex-directeur Maison retraite-Hospice (la femme infirmière), cherche emploi Clinique, Maison de santé. Toute offre sera acceptée. Ecr. Caron, 18, passage Verdeau, Paris-9e.

Le rapatriement des prisonniers du corps sanitaire. — En application de la Convention de Genève de 1929, les prisonniers appartenant au service sanitaire, médecins, pharmaciens, dentistes et personnel exclusivement affecté à l'enlèvement, au transport et au traitement des malades et blessés, ainsi que le personnel administratif doivent être, dans un certain délai, renvoyés en France.

Toutefois, les autorités allemandes, d'accord avec le gouvernement français, conserveront dans les camps le personnel sanitaire français indispensable pour soigner les prisonniers de guerre.

Le recensement et la répartition dans les camps de ce personnel ne permet pas de préjuger le moment où le rapatriement pourra être effectué.

Faculté de Médecine de Marseille

Liste des thèses soutenues depuis le mois de mai 1940

Thèses de médecine. — Mlle Y. Blanc, 9 mai 1940 : Recherches sur la flore bactérienne des laits de conserve employés pour l'alimentation des nourrissons. — G. Bronstein, 4 juin 1940 : Contribution à l'étude de l'appendicite aiguë retro-cæcale. — J.-F. Poli, 6 juin 1940 : A propos de l'ovariectomie bilatérale au début de la grossesse. Rôle du corps jaune. — J. Poulet, 8 juin 1940 : Les néphropathies post-angineuses. — X. Serafino, 10 juin 1940 : Radium et radium-chirurgie dans le traitement des cancers du rectum. — Hantchef, 18 juin 1940 : De la neurotomie rétro-gasserienne dans le traitement de la névralgie faciale, résultats opératoires. — S. Mouton, 21 juin 1940 : Sur les appareils de détection chimique des gaz de combat. — Mme Temime-Morhange, 25 juin 1940 : Deux cas de méningite aiguë avec liquide céphalo-rachidien purulent contenant des polynucléaires altérés, sans germe, et traités par les sulfamides. — R. Chantereau, 1er juillet 1940 : Hypophyse et lactation. — P. Lovichi, 4 juillet 1940 : Contribution à l'étude des plaquettes sanguines dans la fièvre typhoïde. — A. Tola, 8 juillet 1940 : Les greffes sous-cutanées de comprimés hormonaux (méthode de Deanesly-Parkes). — Nguyen-Van-Nghi, 15 juillet 1940 : Traitement de la maladie de Nicolas-Favre et du bubon chancrelleux par le « 693 ».

Thèses de pharmacie. — M. T. Andrei, 3 juin 1940 : Contribution à l'étude des eaux sulfureuses. — Iperti, 29 juin 1940 : Essai sur le régime juridique en France du médicament vétérinaire. — L. Savelli, 13 juillet 1940 : Recherches pharmacologiques sur de nouvelles formes galéniques de l'ergot de seigle.


FLUXINE
BONTHOUX
circulation du sang

HYGIENE INDUSTRIELLE

LA MANIPULATION DE LA MÉNILITE

SES DANGERS D'INTOXICATION

Par M. Courtois-Suffit

Médecin des hôpitaux de Paris

Médecin en chef des manufactures de l'Etat

Ayant eu, pendant de longues années, l'honneur d'appartenir au Service des poudres, j'ai pu recueillir bien des observations, réunir de nombreux documents, dont quel-observations, réunir de nombreux documents, dont quelques-uns méritent, je crois, d'être résumés dans un travail d'actualité, qui par ce fait, je l'espère du moins, ne paraîtra pas indifférent.

Je tiens cependant à bien spécifier, dès le début, que je demeurerai expressément fixé sur le terrain médical et clinique, toute discussion relative à la jurisprudence adoptée ou souhaitée n'étant pas de mon ressort et échappant certainement à ma modeste compétence.

L'idée m'est venue de cette publication en lisant un article dans lequel mon nom est plusieurs fois cité, article extrait d'un journal intitulé *La Légion Française*, et signé par M. Deforge, conseiller technique des « Poudriers » (1).

Cet article, d'ailleurs extra-médical, est fort intéressant.

Du point de vue qui m'occupe, j'en extrais de suite les détails suivants :

« En dehors des blessures proprement dites, résultant de « l'intervention soudaine d'un agent extérieur et violent, « par exemple, explosion d'une cuve, d'une bonbonne « d'acide nitrique, rupture d'une tuyauterie, etc., il y a « des maladies qui prennent naissance en poudrerie, sans « qu'il y ait pour cela accident du travail proprement dit. « Ces maladies se développent en plus ou moins de temps, « suivant les tempéraments, parce que les ouvriers des pou- « dreries vivent au milieu des poussières et des vapeurs. « Or, les médecins qui exercèrent en poudrerie de 1914 à « 1919 sont formels et déclarent que les vapeurs et les « poussières engendrent des maladies ».

Quelques lignes plus loin, l'auteur de l'article veut bien citer quelques écrits que j'ai signés (1932) :

« Il signale, entre autres (2) : ...*Mélinite.* Les poussières « de mélinite ont une action irritante sur les voies respi- « ratoires. Lorsque les ouvriers ont été exposés à ces pous- « sières, on peut observer des troubles gastro-intestinaux « qui se traduisent par des vomissements ou des diarrhées, « souvent colorés en jaune. Ces symptômes peuvent s'ac- « compagner d'élévation de la température et d'accéléra- « tion du pouls. Le signe le plus fréquent est la colora- « tion jaune de la peau (teinte jaunâtre et prurit intense). « On a constaté récemment des cas de vésication avec « formation de cloques et de pustules orangées ».

Il semble que ces accidents aient résulté de l'influence connexe du dinitrophénol.

Plus loin, M. Deforge déclare : « ...M. Courtois-Suffit écrit : « Malgré l'automatisme rendu le plus constant « possible, une telle fabrication amène d'importants déga- « gements de vapeurs nitreuses, qui, à certaines phases de « l'opération ne peuvent être évitées complètement ».

(1) *La Légion Française*, 20, rue de la Chaussée-d'Antin, Paris, février 1940.

(2) Traité ayant pour titre : *Lutte contre les intoxications dans la fabrication des poudres et explosifs*, par Zedet, ingénieur en chef des poudres, et Courtois-Suffit, préface du Dr Roux, Chez Baillière, Paris, 1932.

A mon avis, à la lumière de travaux récents, cette question doit, médicalement, être reconsidérée, et c'est le but que, dans cette courte étude, je voudrais atteindre.

Des faits tout à fait identiques à ceux cités précédemment se retrouvent cités par le Dr Robert dans des leçons extrêmement intéressantes professées à Bordeaux en 1935 (1) dont suit l'extrait succinct : « La mélinite est un trinitrophénol communément employé sous le nom d'acide picrique. Manipulé en grande quantité, sous forme pulvérulente, il est absorbé par voie respiratoire et digestive et surtout cutanée ».

Or, dans cette étude de la mélinite, il est, je crois, deux chapitres à distinguer :

a) chapitre ayant trait à la *fabrication* de la mélinite.

b) chapitre ayant trait aux dangers de sa *manipulation.*

A. Sur la *fabrication*, j'insisterai peu, car il faudrait reproduire en partie l'histoire des dangers des vapeurs nitreuses, sur lesquelles j'ai déjà publié un article dans un fascicule de la revue dite : *Le médecin d'usine* (2). Dans une des leçons du Dr Robert, on recueille cependant les détails suivants :

Au cours de la fabrication de la mélinite, il se produit un violent dégagement de vapeurs nitreuses. Si les canalisations qui recueillent ces vapeurs sont plus ou moins détériorées, les ouvriers sont brutalement environnés par les vapeurs, produisant alors des accidents souvent graves : soit des accès de dyspnée, pénibles et récidivants ; au début de la reprise de l'accès apparaît une vive douleur précordiale, de la cyanose, du ralentissement du pouls.

Ces faits, connus dans tous les ateliers sous le nom de *bronchite méliniteuse*, guérissent d'ordinaire assez vite.

B. Plus intéressants sont les faits ressortissant aux *manipulations* de la mélinite.

Je ferai, pour cette description, de larges emprunts, à un travail récent de mon très distingué collègue, médecin des hôpitaux, le Dr Trémolières, mobilisé au voisinage d'une importante pyrotechnie. Sa description peut être résumée dans le schéma clinique qui suit :

1° Troubles *cutanés*. Imprégnation de la peau. C'est le signe le plus évident ; face d'un jaune franc simulant l'ictère, sans atteinte des sclérotiques. Mains d'un jaune foncé, surtout accentué à la pulpe des doigts. Cette coloration ne se manifeste pas d'emblée. Au début, apparition de plaques érythémateuses prurigineuses, sur les régions couvertes et même sur le scrotum. Peu à peu, la surface entière du corps devient rouge, boursouflée par un œdème, accentué surtout aux bourses.

2° Troubles *respiratoires*. Au début, coryza, toux sèche, gêne respiratoire, larmoiement, conjonctivite.

3° Troubles *digestifs*. Quatre ordres de faits suivant la gravité :

a) Ingestion de la poudre qui, par l'intermédiaire des mains, souille les aliments et surtout le pain. Inappétence, goût amer, vomissements.

b) Intolérance d'allure gastro-entéritique.

c) Les ouvriers souvent imputent à la poussière de mélinite des brûlures post-prandium qui, parfois, rappellent l'éthylisme.

d) *Potomanie*. Les ouvriers prennent l'habitude de boire pour se débarrasser de l'amertume buccale (les boissons ne sont pas toujours anodines).

Les troubles rénaux sont rares ; albuminurie inconstante plutôt rare.

(1) Dr Robert. *Rôle et fonctionnement du Service de Santé dans une usine de fabrication de guerre mobilisée.* Bordeaux. Conférence, 10 juin 1934.

(2) Dr Feil, rédacteur en chef.

Des détails fort intéressants sont bien mis en lumière dans ce travail. Ils concernent certains incidents de la vie ouvrière qui favorisent la survenue des troubles précédents :

A savoir : l'augmentation de la durée du travail journalier, le couchage sur la paille, dans les fermes, sans possibilité d'échanger les vêtements de travail contre des vêtements propres ; l'impossibilité de lavage fréquent de la peau ; l'alimentation rapidement absorbée et sans toilette préalable. (*Le lait lui-même* peut jouer un rôle fâcheux, en provoquant des troubles dyspeptiques) ; enfin l'alcoolisme, toujours fréquent, diminuent la défense de l'organisme.

Ces conditions, de nature à aider l'intoxication professionnelle ne sauraient être combattue que par des mesures d'hygiène sévère et contrôlée (1).

Cette question de la distribution du lait pendant le travail, aux ouvriers, employés à la manipulation des métiers toxiques, mérite qu'on s'y arrête. Elle est, du point de vue de l'hygiène industrielle, de première importance. Malgré le temps, elle est toujours d'actualité. Interrogé bien souvent à son sujet, au cours de mes visites dans les usines, j'ai toujours déclaré qu'elle constituait une habitude, pour le moins inutile et souvent dangereuse. En 1938, le Dr Hausser (2) a résumé l'opinion émise au sein de nombreuses commissions d'hygiène, et signalé la décision de l'Académie de Médecine, rapportée par le professeur Tanon. En bref, la question doit être posée ainsi :

« La distribution de lait peut-elle prévenir les maladies professionnelles? — Le lait est-il un contre-poison pour les intoxications? ».

Or, l'accord s'est fait dans les milieux scientifiques, sur les propositions suivantes :

A : Le lait ne peut constituer, *à quelque titre que ce soit*, une médication préventive des maladies professionnelles.

B : Chez les travailleurs normaux, il n'est pas sans inconvénient d'ajouter à la ration ordinaire, une masse alimentaire telle que celle qui correspond à un litre de lait. Bien plus, la distribution de lait, boissons, ou aliments, sur les lieux travail, doit être formellement prohibée, en raison des inconvénients qu'elle peut présenter. Elle constitue, en effet, un véritable danger, car elle devient une source d'intoxication surajoutée à celles du travail, les produits toxiques étant absorbés avec les aliments.

Il est avéré, enfin, que la distribution de lait ou de tout autre aliment, dans un but soi-disant préventif, trompe à la fois l'ouvrier et le patron, l'un se croyant en sécurité, l'autre persuadé qu'il a fait tout son devoir.

Notre travail appelle, croyons-nous, d'autres considérations.

Les manipulations de la mélinite déterminent-elles *toujours* et *partout* les mêmes accidents? Nous ne le pensons pas et nous tenterons d'en fournir la raison à la fin du présent exposé.

---

(1) Ces mesures sont : Vêtements spéciaux pour le travail à la poudrerie, imperméables, d'*une seule pièce*, fermant hermétiquement au cou, aux poignets et aux chevilles; gants de cuir, mousquetaires serrés aux avants-bras, masque de gaze très fine appliquée sur le nez et la bouche et renouvelée chaque jour. Avant tous les repas, lavage obligatoire des mains avec une substance décapante, et rinçage de la bouche. Douche obligatoire à la fin de la journée. Linge de nuit différent du linge de travail. Couchage dans un lit et non sur une litière de paille dont la poussière entretient et accroît l'irritation de la peau et des muqueuses.

(2) Dr Hausser : *Archives des maladies professionnelles.* Année 1938. T. 1.

Une observation personnelle nous autorise à formuler cette digression.

Il y a peu d'années (1937), à l'occasion d'une expertise médico-légale, concernant la revision d'une pension chez un poudrier, j'avais demandé au médecin major, directeur du service médical d'une importante pyrotechnie dans laquelle avait travaillé, pendant longtemps, l'ouvrier que j'étais chargé d'examiner, son avis précis sur les dangers de la manipulation de la mélinite dans son établissement. Je crois devoir reproduire, en cette place, sa réponse, dans sa *teneur exacte.*

« ...Il *n'existe pas d'intoxication* par la *mélinite.* Il s'agit seulement d'incommodités disparaissant par l'accoutumance. Dans la manipulation du produit pulvérulent, on peut parler d'un certain caractère d'insalubrité. Nous avons pratiqué à la pyrotechnie un examen clinique minutieux d'ouvriers manipulant quotidiennement la mélinite depuis *quatorze, vingt-deux et vingt-trois* années, sans pouvoir relever la moindre trace d'intoxication, ou d'altération quelconque, même légère, des différents appareils.

Il suffit de quelques précautions hygiéniques pour établir une prophylaxie suffisante (port de sous-vêtements, de gants, de masques, de lunettes, etc.) ».

Cette affirmation d'un homme vivant depuis de longues années au contact journalier d'ouvriers manipulant la même substance, est d'importance ; elle ne saurait bien évidemment prouver l'innocuité, *certaine, absolue, définitive* de la manipulation de la mélinite, mais elle autorise à admettre que *souvent*, et surtout, sous certaines influences, que nous dirons plus loin, l'absence de réaction toxique est possible.

J'en ai acquis la preuve récemment.

Chargé, depuis plusieurs mois, de l'inspection d'hygiène dans une pyrotechnie, employant plusieurs milliers d'ouvriers appartenant à toutes les races, j'ai procédé à un examen régulier, fort minutieux du personnel des ateliers dangereux. J'ai interrogé tous les ouvriers spécialisés et j'ai acquis la conviction formelle, qu'en cette usine les ouvriers occupés à la manipulation dont s'agit présentaient peu de signes d'intoxication. Je puis même affirmer que je n'ai pas une seule fois rencontré un cas sérieux, ni eu à étudier une observation grave.

J'ai bien rencontré, ce que j'appellerai les *petits signes de l'intoxication par la mélinite*, mais alors il s'agissait de symptômes légers, fugaces, peu inquiétants, n'exigeant même pas, dans la plupart des cas, la « suspension » complète du travail, mais seulement parfois un arrêt momentané, provoqué par moi, surveillé régulièrement, d'accord d'ailleurs avec le service directeur des ateliers.

Cette affirmation démontre péremptoirement, je crois, que la manipulation de la mélinite, peut être sinon ATOXIQUE, du moins souvent peu dangereuse, et cela tient, à mon avis, et sans aucune discussion possible, à la composition intime de la substance en cause, et, en particulier, à sa teneur en un produit qui me paraît, au point où je suis arrivé dans ce travail, *dominer toute la question* (*le dinitrophénol*).

Je rappellerai tout d'abord qu'en *1932*, d'accord avec un très éminent collaborateur, M. l'ingénieur en chef Zedet, nous avions écrit :

« On a constaté plusieurs cas de vésications des membres et de la figure. Il nous semble bien que les accidents *aient résulté de l'influence connexe du dinitrophénol.*

C'est, en effet, du *dinitrophénol* qu'il s'agit, et notre affirmation, simplement exposée dans notre premier travail, se retrouve acceptée et reproduite dans une série de textes dont nous désirons, en cette place, reproduire au moins une partie.

1° Tout d'abord, un extrait d'un mémoire de Meyer ayant pour titre le dinitrophénol (1).

« Au début des hostilités (1914), le service des poudres eut à assurer dans une mesure imprévue les fabrications de mélinite et fit appel à l'industrie privée. En 1915, pour obvier au manque de phénol, on eut l'idée de passer par l'intermédiaire du dinitrophénol. Le dinitrophénol devait fournir la mélinite et on demanda la fabrication d'un mélange fondu de *60 0/0* de mélinite et de 40 % de dinitrophénol.

Des mesures furent prescrites pour contrôler l'élimination du dinitrophénol dans les urines des ouvriers afin de connaître le moment où il deviendrait nécessaire de retirer ceux-ci du milieu toxique. Meyer indiqua des réactions nouvelles de diagnostic du dinitrophénol et de l'acide picrique. Les résultats furent soumis à M. Etienne Martin et portent le nom de « réaction de Meyer ».

2° Texte du professeur Robert :

« Les accidents cutanés sont rares dans la manipulation de la mélinite quand on a affaire à un *produit pur*, ne contenant *aucune trace* de dinitrophénol. Ils deviennent la règle et sont sérieux et graves quand ces impuretés sont en proportion *importante* et, en particulier, quand ces impuretés sont dues à des traces de dinitrophénol ».

3° Plus loin, le professeur M. Robert expose :

Dans l'espace de huit jours, 4 ouvriers occupés au transvasement de mélinite, se faisaient porter malades à domicile pour des lésions analogues à des brûlures et accusaient la mélinite qu'ils manipulaient d'avoir provoqué ces lésions. Le Dr Robert, mis en éveil par la coïncidence entre les phénomènes et la manipulation du lot de mélinite, s'aperçut, par analyse chimique, que le lot contenait des traces importantes de dinitrophénol.

Dans une thèse relativement récente de Bordeaux, le Dr Gensollen (2) fournit précisément sur la question qui nous occupe des détails fort intéressants.

Au début de son introduction, il dit :

« Dans la manipulation de la mélinite, certains lots qui apparurent nettement toxiques, devaient contenir du dinitrophénol, *produit qui ne doit pas se retrouver dans la mélinite.* »

Au mois de novembre 1931, l'auteur fait l'histoire de trois accidents, observés au cours de la manipulation de la mélinite ; il fit l'analyse du lot de poudre incriminée, qui prouva la présence du dinitrophénol.

Le même auteur, au cours de son excellente thèse, exposa qu'il put retrouver au milieu des documents d'une pyrotechnie sept cas d'intoxication par le dinitrophénol, cas mortels et suivis d'autopsie. Ces accidents s'étaient produits pendant la guerre *1914-1918*, chez des ouvriers travaillant à un mélange comprenant *60 0/0* de *mélinite* et *40 0/0* de dinitrophénol.

Nous ne croyons pas devoir insister plus longuement sur ces faits ; ils sont probants et décisifs.

Si donc la mélinite est parfois et souvent cause d'intoxication, c'est qu'elle n'est pas pure et qu'elle contient une plus ou moins grande quantité de dinitrophénol. Nous n'insisterons pas sur les signes par quoi le dinitrophénol se montre un agent grave d'intoxication. Il nous paraît seulement qu'il conviendrait, avant que les ouvriers soient admis à l'atelier de chargement, que le pharmacien de service pratiquât la réaction de Derrien (propre à la découverte de l'agent toxique).

(1) Sur les mesures d'hygiène industrielle dans la fabrication des explosifs nitrés. Cas particulier du dinitrophénol. A. Meyer, 1933.

(2) Etude de certaines intoxications des ouvriers des poudres. Gensollen, Bordeaux 1931.

Positive, cette réaction obligerait à placer le candidat ouvrier à un poste l'éloignant de toute atteinte toxique, et fatalement dangereuse (1).

Notre étude serait certainement incomplète si nous ne signalions pas la possibilité d'erreurs de diagnostic... Aussi bien nos confrères ne manqueraient pas de dire que nous oublions le côté... médical de la question!

Chargé depuis bien des années de l'examen des rapports des médecins de poudreries, aux fins d'établir un travail d'ensemble, destiné à mettre en valeur les faits les plus saillants, j'ai souvent rencontré des interprétations douteuses. J'en veux seulement en citer un exemple.

C'est l'histoire clinique d'une malade, âgée de 40 ans, atteinte d'une crise nerveuse survenue au cours du travail et faite des signes suivants. Chute à terre en se débattant, en bavant, avec des secousses musculaires désordonnées. Pendant cette crise, les yeux se révulsaient, les mâchoires se serraient, la nuque et le tronc se plaçaient en hypertension, les bras et les jambes présentant des mouvements de flexion et d'extension assez lents. Retour à l'état normal et survenue d'une nouvelle crise semblable après un temps assez rapproché.

Le médecin de service appelé aussitôt pose le diagnostic exact de crise épileptiforme suivie de deux crises hystériformes « déclenchées, affirme-t-il, par une intoxication lente par la mélinite ».

N'est-on pas autorisé à affirmer qu'il s'agit là, d'un diagnostic un peu aventureux? On peut seulement dire que notre très honorable confrère a fait usage du vieil adage latin « *Port hoc, ergo propter hoc* ». Après cela, donc à cause de cela, et qu'il a considéré comme un rapport de cause à effet, ce qui n'était qu'une coïncidence dans le temps.

***

Je désire, en terminant, faire remarquer que je me suis efforcé de rapporter fidèlement des textes publiés antérieurement par différents auteurs et par moi-même, n'ayant ni la qualité, ni le désir de m'immiscer dans les arcanes de la fabrication.

---

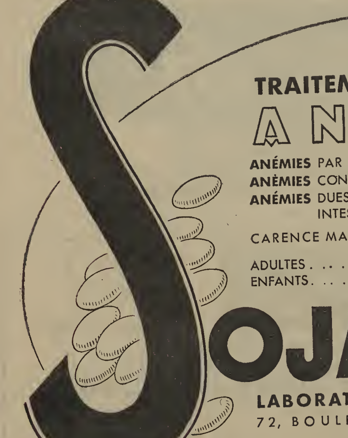
(1) Dans un article récent (*Presse médicale*, 18 mai 1940), le Dr Feil a énuméré de façon schématique, les principaux phénomènes d'intoxication dus au dinitrophénol. Le tableau qu'il en trace est utile et précis.

Intoxication professionnelle par le dinitrophénol :

Intoxication professionnelle par le dinitrophénol :

Maladies engendrées par l'intoxication par le dinitrophénol :	Travaux industriels, susceptibles de provoquer l'intoxication des ouvriers par le dinitrophénol :
— Intoxications (aiguë ou subaiguë) déterminées par le dinitrophénol (cyanose, oppression, fièvre, associées ou non à des manifestations pulmonaires aiguës).	Fabrication du dinitrophénol et de ses dérivés.
— Manifestations digestives (vomissements, colique avec diarrhée, anorexie).	Fabrication de certains colorants noirs sulfurés.
— Dermites chroniques ou récidivantes.	*Préparation et manipulation d'explosifs.*

La réaction de Derrien (présence d'aminonitrophénol dans les urines) est le procédé de diagnostic indispensable des intoxications par le dinitrophénol.



SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 10 SEPTEMBRE 1940

Rapport sur les devoirs et les droits de la famille. — M. Nobécourt apporte au nom de la Commission de la famille un rapport qui traduit la plus haute et la plus noble des préoccupations de l'heure.

Des conclusions de ce rapport qui peut être considéré comme un nouveau code de la famille, retenons les grandes lignes :

La famille, fondée sur le mariage, n'est constituée qu'à la naissance des enfants. Elle comprend les parents et les enfants à leur charge. Elle a des devoirs et des droits qui priment ceux de l'individu.

Pour tout Français et toute Française sains de corps et d'esprit, le mariage est un devoir et un droit.

Le rapporteur insiste sur les devoirs que les parents ont vis-à-vis d'eux-mêmes et de leurs enfants. Il insiste aussi sur les conditions matérielles et les conditions morales du mariage. En terminant il montre l'importance des *Associations familiales.*

Rapport sur la répartition du lait destiné à la population du département de la Seine. — MM. É. Lesné et L. Ribadeau-Dumas. — L'attention de la population de Paris et du département de la Seine, et particulièrement des mères de famille et des médecins doit être attirée sur les disponibilités restreintes de lait complet frais livré à la consommation, sur l'insuffisance des stocks de lait concentré et sur la difficulté de réapprovisionnement de ces stocks.

En présence des conditions actuelles, la Commission du lait, pour sauvegarder avant tout la santé des enfants, propose les vœux suivants qui sont adoptés :

« 1° Il y a lieu d'encourager et de favoriser plus que jamais l'allaitement maternel et de protéger les femmes enceintes ou allaitant.

2° Il faut limiter les *doses de lait complet frais* accordés aux enfants et en supprimer totalement l'usage pour les sujets de plus de 14 ans, à l'exception des femmes enceintes ou allaitant et des malades. La ration quotidienne du lait complet frais, sera ainsi fixée :

Pour les *enfants de moins d'un an allaités artificiellement à trois quarts de litre*, cette ration sera diminuée d'un quart de litre pour les enfants soumis à l'allaitement mixte.

Le sucre est un complément indispensable dans l'allaitement artificiel et le minimum de la ration quotidienne pour les enfants de 0 à 1 an, sera de 30 gr.

Pour les enfants de 1 à 3 ans révolus la ration lactée sera d'un *demi-litre.*

Pour les enfants de 3 à 14 ans révolus, elle sera d'*un quart* de litre.

Ces quantités basées sur l'âge seront délivrées sans certificat médical au vu d'une pièce administrative.

Les femmes enceintes ou allaitant auront droit à *un quart de litre*, au vu d'un certificat médical temporaire valable un mois, et authentiqué par le commissaire de Police.

Le médecin traitant sera juge d'apprécier, en tenant compte des disponibilités, la quantité de lait à *donner aux malades*, sur certificat légalisé à renouveler chaque mois.

3° *Le lait concentré sucré*, dont les stocks doivent être réunis, ne sera prescrit qu'exceptionnellement et temporairement, aux enfants de moins d'un an qui exceptionnellement ne tolèrent pas le lait normal, sur certificat médical authentiqué par le commissaire de Police. *Ce certificat sera valable huit jours :* la dose correspondra à trois quarts de litre d'une dilution réalisant un lait normal.

4° Les laits concentrés dont l'apport peut augmenter les réserves actuelles devront être mis en stock au fur et à mesure de leur arrivée et réservés aux nourrissons en cas de carence momentanée en lait frais.

5° Etant donnée la faible quantité de lait mis à la disposition de la population de la Seine, nous proposons les droits de priorité suivants :

1° les enfants ; 2° les femmes enceintes et allaitant ; 3° les malades ayant un besoin absolu d'un régime lacté ; 4° les vieillards chez lesquels le régime lacté s'impose ».

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris


ÉPHÉDRINE
HOUDÉ
GRANULES
TITRÉS
A 1 ctgr,
Stimulant du système sympathique
ASTHME
RHUME DES FOINS
HYPOTONIE
Chaque granule est exactement
titré à 1 centigr. de chlorhydrate
d'Ephédrine
PRODUIT PUR - NATUREL
NON SYNTHÉTIQUE
Administration simple,
pratique, faible toxicité
DOSES :
Curative : 5 à 15 centigr. par
jour, en débutant par une
dose faible (2 à 5 centigr.)
D'entretien : 5 cent. tous les
2 ou 3 jours (le matin)
Échantillons sur
demande et franco
ÉPHÉDRINE HOUDÉ
60 GRANULES TITRÉS
à 1 centigramme de chlorhydrate
LAURÉAT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(PRIX ORFILA)
3 A 8 PAR JOUR
DERUFFE
VENTE EN GROS
Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

Nos 57-58. — 18-21 SEPTEMBRE 1940. 113e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la Faculté de Médecine), **PARIS, 6e.** **Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

Publicité : M. A. Thiollier, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Instruction Publique. — M. Jacques Chevalier, doyen de la Faculté des Lettres de Grenoble, a été nommé secrétaire général à l'Instruction Publique.

Faculté de Médecine de Paris. — (Année scolaire 1940-1941).

Immatriculation, Inscriptions

I. — *Immatriculation.* — Immatriculation d'office. — L'étudiant qui prend une inscription trimestrielle se trouve immatriculé d'office. Il n'acquitte pas le droit d'immatriculation.

Immatriculation sur demande. — Ne sont immatriculés que sur leur demande : 1° les étudiants titulaires de toutes les inscriptions réglementaires ; 2° les docteurs, les étudiants français ou étrangers qui désirent être admis aux travaux de la Faculté. La dernière inscription, ainsi que les inscriptions délivrées à titre rétroactif, ne confèrent point l'immatriculation. A l'immatriculation sur demande est attaché le droit réglementaire : 240 francs.

Un candidat peut être admis à subir un examen sans être immatriculé.

Les immatriculations d'office sont effectuées aux dates indiquées ci-dessous pour la prise des inscriptions trimestrielles. Les immatriculations sur demande sont effectuées au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), pour les étudiants réguliers, les jeudis et samedis de midi à 15 heures, et au guichet n° 4 pour les docteurs et étudiants libres, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

L'immatriculation ne vaut que pour l'année scolaire. Elle doit être renouvelée annuellement. Nul ne peut se faire immatriculer par correspondance, ni par un tiers. Les cartes et les livrets individuels délivrés aux étudiants sont strictement personnels. Ces pièces ne peuvent être prêtées pour quelque motif que ce soit.

II. — *Inscriptions.* — Première inscription. — La première inscription doit être prise du 16 au 30 septembre dernier délai, de 9 heures à midi. En s'inscrivant l'Etudiant doit produire : I. Diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire français ou diplôme d'Etat de docteur ès sciences, de docteur ès lettres ou de docteur en droit, ou titre d'agrégé de l'enseignement secondaire (hommes, femmes) et certificat d'études P. C. B. — II. Acte de naissance sur timbre de moins de trois mois d'ancienneté de date. — III. Consentement du père ou du tuteur, si l'étudiant n'est pas majeur. Ce consentement (établi sur papier timbré à 6 francs) doit indiquer le domicile du père ou du tuteur dont la signature devra être légalisée (la production de cette pièce n'est pas exigée si l'étudiant est accompagné de son père ou du tuteur). — IV. Un certificat de revaccination jennérienne établi conformément aux dispositions de l'article 6 de la loi du 15 février 1902 sur la vaccination obligatoire (modèle déposé au Secrétariat de la Faculté). — V. Extrait du casier judiciaire. Il est tenu, en outre, de déclarer sa résidence personnelle et celle de sa famille, comme tout changement d'adresse survenant au cours de la scolarité.

Inscriptions trimestrielles. — Pendant l'année scolaire 1940-1941, les inscriptions trimestrielles seront délivrées dans l'ordre et aux dates ci-après, de 9 heures à 11 heures et de midi à 15 heures, au Secrétariat (guichet n° 3). Les deux premières inscriptions de l'année seront prises cumulativement.

1er et 2e trimestres, du 16 septembre au 1er octobre 1940 ; 3e trimestre, du 24 mars au 5 avril 1941 ; 4e trimestre, du 7 au 19 juillet 1941. L'entrée des pavillons de dissection et des laboratoires de travaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris les inscriptions trimestrielles aux dates ci-dessus indiquées.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leurs inscriptions aux jours ci-dessus désignés. Les inscriptions trimestrielles ne seront accordées, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par la Commission scolaire. (La demande devra être rédigée sur papier timbré). Les inscriptions sont personnelles. Nul ne peut prendre inscription par correspondance ou par mandataire.

MM. les internes et externes des hôpitaux doivent joindre à leur demande d'inscription un certificat émanant du ou des chefs de service auxquels ils ont été attachés, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'interne et d'externe pendant le trimestre précédent. Ce certificat doit être visé par le Directeur de l'établissement hospitalier auquel appartient l'élève.

L'inscription d'un trimestre peut être refusée, pour manque d'assiduité et de travail, par décision de la Commission scolaire. La décision est définitive. L'étudiant auquel une inscription a été refusée ne peut, pendant le trimestre correspondant, obtenir le transfert de son dossier dans un autre établissement.

Laboratoire d'anatomie pathologique. — *Travaux pratiques supplémentaires.* — Une série de séances de révision des Travaux Pratiques d'Anatomie Pathologique commencera le vendredi 20 septembre 1940, à 15 heures.

Les droits d'inscription sont de cinquante francs. En outre, une somme de cinquante francs devra être consignée en garantie d'une boîte de coupe.

Les inscriptions sont reçues au Laboratoire du Chef des travaux tous les jours ouvrables, de 10 à 12 heures et de 15 à 17 heures, jusqu'au mardi 17 septembre.

Laboratoire d'Anatomie Pathologique. — (Professeur : M. Roger Leroux). — *Cours de technique hématologique et sérologique,* par M. le Dr Edouard Peyre, Chef de laboratoire.

Ce cours comprendra seize leçons, et commencera le mardi 12 novembre, à 14 h. 30, pour se continuer les jours suivants ; les séances comportent deux parties : 1° Un exposé théorique et technique ; 2° Une application pratique où chaque auditeur exécutera les méthodes et les réactions indiquées.

Le droit à verser est de 250 francs. — Le nombre des auditeurs est limité.

Seront admis les docteurs français et étrangers, les étudiants ayant terminé leur scolarité, immatriculés à la Faculté sur la présentation de la quittance de versement du droit. MM. les étudiants devront, en outre, produire leur carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement seront délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 heures et Salle Béclard, de 9 heures à 11 heures et de 14 heures à 17 heures, sauf le samedi après-midi.

Laboratoire de Physiologie — *Travaux pratiques supplémentaires.* — Une série de séances de révision des travaux pratiques de physiologie commencera le vendredi 20 septembre 1940, à 14 heures, jusqu'au mercredi 25 septembre. Les droits d'inscription sont de 150 francs. Les inscriptions sont reçues au Secrétariat, tous les matins de 10 heures à midi, et les lundis, mercredis et vendredis de 14 à 16 heures jusqu'au jeudi 19 septembre.

Cours de radiologie clinique. — M. R. Ledoux-Lebard, chargé de cours, commencera le lundi 7 octobre 1940, à 18 heures, à l'Amphithéâtre de Physique de la Faculté de Médecine et continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure, une série de leçons consacrées à l'exposé des « notions indispensables de radiodiagnostic clinique médico-chirurgical et d'interprétation radiologique ».

Clinique de la tuberculose. Hôpital Laënnec, 42, rue de Sèvres. Professeur : M. Jean Troisier. — Un cours en vue du concours et de l'examen d'aptitude aux fonctions de *Médecins de Sanatoria et de Dispensaires,* sera fait du 4 novembre au 21 décembre 1940.

Ce cours s'adresse également aux médecins et aux étudiants désireux de revoir, en un cycle complet, les notions récentes cliniques, thérapeutiques et sociales concernant la tuberculose.

Les leçons auront lieu l'après-midi de 15 à 16 heures et de 16 à 17 heures, à la Salle des Conférences de la Clinique de la Tuberculose.

Le matin, des stages cliniques avec démonstrations pratiques, seront organisés dans différents services hospitaliers de phtisiologie. Le programme détaillé sera indiqué incessamment.

Droits d'inscription : 250 francs.

Un certain nombre de bourses et de remboursements de droits d'inscriptions seront accordés par le Comité National de Défense contre la Tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel.

Les inscriptions sont reçues à la Clinique de la Tuberculose (tous les matins, de 10 heures à midi), 42, rue de Sèvres (professeur agrégé Brouet), et au Secrétariat de la Faculté de Médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Préfecture de Police. — M. le professeur Tanon, membre de l'Académie de Médecine, inspecteur général des services techniques d'hygiène à la Préfecture de Police, a été nommé Directeur du Laboratoire de Toxicologie en remplacement de M. Kohn-Abrest. (*Bull. Mun. Off.*, 17 septembre 1940.)

Légion d'honneur. — Guerre (active). — Sont inscrits au tableau pour officiers de la Légion d'honneur, les médecins-colonels ou lieutenants-colonels : Basque, Laurence, Vendran, Vogel, Morin, Girard, Quemener, Tassy, Bonrepaux, Durieux, Daga, Raynal, Meydieu, Vaucel, Robie, Agenet, Lefrou, Chaigneau, Allègre, Giordani, Mercier, Grall, Bernard et Guillaume.

Secrétariat d'état à la guerre. — Citations à l'ordre de l'armée : MM. Willen, Esten et Cahoun, conducteurs volontaires des sections sanitaires américaines. (*J. O.*, 17 août 1940).

Promotions. — Sont promus :

Au grade de médecin-colonel : M. Noël (Georges-Pierre).

Au grade de médecin lieutenant-colonel : M. Bossert (Pierre).

Au grade de médecin commandant : MM. Tara (Stéphan-Vincent-Marie), Fournier (Henri-Auguste).

Au grade de médecin capitaine : MM. Colat (Charles) ; Rocher (Ch.-Marie-François) ; Bourgarel (Adrien-Georges) ; Bargues (Roger-Samuel).

Cadre de réserve. — Ont été placés, à compter du 20 août 1940, dans la 2e section (réserve) du cadre du corps de santé militaire : MM. les médecins généraux inspecteurs Plisson, Vallat, Gay-Bonnet, Potet et Schickelé.

MM. les médecins généraux Causeret, Goursolas, Mahaut, Mathieu, Cot, Coudray, Pernin, Fontan, Dornier, Fulcrand.

M. le médecin général inspecteur des troupes coloniales Henekenroth.

MM. les médecins généraux des troupes coloniales Cazanova, Millous et Marque. (*J. O.*, 21 août 1940).

M. le médecin général Mahaut est promu médecin général inspecteur dans la 2e section (réserve) du corps de santé militaire. (*J. O.*, 27 août 1940).

MM. les médecins colonels Sallnier, Bergeret et Moy sont promus au grade de médecin général. (*J. O.*, 27 août 1940).

Rang d'ancienneté. — Le *J. O.* du 25 août 1940 publie une liste déterminant le rang d'ancienneté dans le grade de médecin sous-lieutenant de réserve.

Voir la suite des Informations, page 554.



Revue Générale

LES ACCIDENTS PROVOQUÉS PAR LES SULFAMIDES [1]

par M. Robert Worms
Médecin des Hôpitaux de Paris

Le 3 janvier 1940, un jeune soldat — en traitement, depuis quelques jours, dans une formation médicale de la Nme Armée, pour une congestion pulmonaire aiguë — était transféré dans notre service de contagieux, avec le diagnostic : « Eruption atypique ».

Cette éruption avait brusquement fait son apparition la veille, sans s'accompagner de phénomènes généraux notables.

A priori, nous pouvions nous demander si le malade n'avait pu fortuitement contracter une fièvre éruptive, ou bien s'il ne s'agissait pas d'une affection septicémique, dont la lésion pulmonaire aurait été la première détermination, et l'éruption, une autre métastase.

A l'examen, nous reconnaissions à l'exanthème les caractères suivants : sur le cou, les épaules, les bras et les avant-bras, la face antérieure du thorax, il existait des macules, légèrement surélevées, isolées les unes des autres, simulant l'éruption de la rougeole. Par contre, la face antérieure de l'abdomen, les organes génitaux, la face interne des cuisses et la région fessière, étaient le siège d'une nappe érythémateuse uniforme, de teinte plus foncée que celle des macules, et comparable à l'exanthème de la scarlatine. Le visage était respecté. La langue, la gorge avaient un aspect normal. Il n'existait aucune adénopathie. Signalons enfin que l'éruption était légèrement prurigineuse.

Ce prurit, le polymorphisme de l'exanthème, la brusquerie de son apparition, l'absence de tout énanthème étaient autant de caractères, qui orientaient le diagnostic vers une intolérance médicamenteuse.

Les renseignements, fournis par la feuille d'observation, nous en apprenaient aussitôt la nature. Depuis une semaine, ce malade était soumis à un traitement par les sulfamides, recevant chaque jour 3 grammes de p.-amino-phényl-sulfamido-pyridine (693).

L'évolution de ces accidents cutanés devait être des plus simples. En 48 heures, les macules, aussi bien que l'érythème scarlatiniforme, avaient disparu sans laisser de trace ; et nous n'avions plus à compter qu'avec l'affection respiratoire, que cet épisode n'avait point influencée.

Nous avions jugé prudent, dès le début, d'interrompre, pour ne pas la reprendre, la médication sulfamidée ; celle-ci, au surplus, était loin, dans le cas particulier, d'avoir des indications impératives.

Mais voici un autre aspect du problème.

Il y a deux semaines, était hospitalisé, dans notre service, un malade atteint de méningite cérébro-spinale à méningocoques B, avec quelques signes septicémiques (éruption purpurique et poly-arthrite). Il est aussitôt traité par la sérothérapie intra-rachidienne, associée à la sulfamido-thérapie, et reçoit 4 gr. 50, par jour, de 693.

Deux jours après le début du traitement, alors que les signes méningés s'améliorent, l'azotémie est de 1 gr. 15. S'agit-il là d'une détermination rénale de l'infection méningococcique, pour le moins fort rare? Le sulfamide, au contraire doit-il être incriminé? En raison de la gravité du cas, et du secours qu'on était en droit d'attendre de la chimiothérapie, nous nous gardons de suspendre celle-ci.

Trois jours plus tard, l'azotémie s'est élevée à 1 gr. 95. Le traitement est néanmoins poursuivi, quoique à doses moindres. Dans les jours qui suivent, au fur et à mesure que l'évolution se fait vers la guérison, l'azotémie s'abaisse, pour revenir une semaine plus tard à la normale. Le malade est aujourd'hui convalescent.

Ainsi, chez le premier de ces malades, nous avions jugé prudent de renoncer à l'usage des sulfamides, malgré la bénignité des accidents qui leur étaient imputables. Chez l'autre, au contraire, l'apparition d'une azotémie élevée, à l'origine de laquelle l'influence de la médication pouvait légitimement être discutée, ne nous en avait pas fait suspendre l'emploi.

C'est à vous rappeler l'aspect clinique des accidents provoqués par les sulfamides, à discuter les mesures qui leur sont opposées, à justifier enfin la conduite si différente que nous avons adoptée dans ces deux cas, qu'est consacré le présent exposé.

Cette étude offre avant tout un intérêt pratique. Chirurgiens et médecins ont, de plus en plus fréquemment, recours aux divers composés soufrés. Il faut qu'ils sachent reconnaître les accidents dont ceux-ci sont parfois responsables, d'autant qu'un certain nombre de ces accidents simulent les complications mêmes des infections auxquelles s'adresse la médication nouvelle.

ASPECT CLINIQUE. Lorsqu'en 1935, les composés sulfamidés furent introduits en thérapeutique, ils semblèrent d'abord dépourvus de toute espèce de toxicité. De 1935 à 1937, aucun cas d'accident sérieux, dont ils eussent été la cause, n'avait été publié. En 1937, Long et Bliss, les premiers, signalèrent, à la suite de leur emploi, l'apparition de troubles digestifs et de cyanose. Bientôt Kohn rapporta une observation d'anémie hémolytique aiguë, Jung un cas d'agranulocytose mortelle.

Depuis, de telles observations ont perdu de leur caractère exceptionnel.

Est-ce à dire que les accidents de la sulfamidothérapie soient fréquents? Il n'en est heureusement rien. Bien plus, ils sont plus rares même qu'on ne l'avait cru un moment. Comme, il y a deux ans déjà, Ravina le remarquait avec raison, « bien des accidents invoqués ne sont peut-être pas à rattacher sans hésitation à l'action des sulfamides. Beaucoup de malades traités étaient dans un état très grave, présentant une infection sévère depuis des semaines, et avaient souvent subi en même temps, d'autres traitements susceptibles d'avoir des effets toxiques ».

Notre expérience est aujourd'hui assez grande, pour que nous puissions faire, avec certitude, la part des accidents dont les sulfamides sont responsables.

La fréquence et le nombre en sont réduits. Nous distinguerons dans leur étude les accidents bénins, de beaucoup les plus courants, et les accidents graves.

ACCIDENTS BENINS.

Les troubles généraux, dans quelques cas, peuvent survenir immédiatement après l'absorption du médicament, et portent la marque de l'intolérance.

Chez un malade de Monte Salvin, au cours d'un traitement par le 1162 F, il se produisait un véritable *état de choc*, avec larmoiement, urticaire et prurit. Chez une malade de Schonberg, la prise d'un seul comprimé de ce même produit déterminait une poussée fébrile, accompagnée d'œdème de Quincke et d'œdème aigu du larynx. Dans l'observation de Sézary et Friedmann, pendant vingt jours, le traitement par la sulfamido-chrysoïdine avait été parfaitement toléré ; à dater du 21e jour chaque ingestion

(1) Rapport présenté à la première Réunion Médico-Chirurgicale de la Nme Armée. Février 1940.

du médicament, même à dose minime, provoquait une crise nitritoïde, avec tuméfaction douloureuse et rougeur intense de la face, accompagnée d'une élévation thermique à 40°.

Les phénomènes — pour être du même ordre — peuvent se réduire à une expression plus simple : témoin le cas de Gaté, où, après ingestion d'un comprimé de 1162, la température montait en flèche à 39° pour revenir rapidement à la normale.

Ailleurs, c'est après quelques jours de traitement, que l'on observe un *état fébrile*, qui persiste 2 ou 3 jours, ou davantage, pouvant donner lieu à des erreurs de diagnostic, et faire croire à une reprise de l'infection en cause.

Nous signalerons enfin, surtout au cours des traitements prolongés par le 1162 F ou le 693, l'apparition de *céphalée* et *d'asthénie* ; Durel a observé ces phénomènes chez 15 % de ses malades, et notamment chez ceux qui continuaient leurs occupations ; ils ont pu être parfois assez intenses pour faire interrompre la médication.

Les troubles digestifs sont assez fréquents au cours des cures par le 693, et surviendraient plus souvent chez la femme (Durel). On a observé de l'*anorexie*, des *nausées*, des *vomissements*, des crises de *diarrhée*. Long et Bliss rapportent un cas où ces accidents se manifestèrent, six heures déjà, après l'ingestion du premier comprimé. Mais, dans la règle, ils n'apparaissent qu'avec des fortes doses et après un traitement prolongé.

Les accidents cutanés sont loin d'être rares.

Nous venons de signaler les cas où l'œdème de Quincke avait accompagné les phénomènes du choc, plus ou moins intenses, qui suivent *immédiatement* l'ingestion médicamenteuse. Ailleurs on a pu observer, et sans accompagnement de signes généraux notables, une éruption urticarienne. Ces incidents sont facilement rapportés à leur cause.

Il n'en est pas de même des éruptions *plus tardives*, dont le début se place entre le 8e et le 15e jour de traitement. Leur origine est souvent méconnue, et le médecin, sans tenir compte de la médication en cours, ni des anomalies du tableau clinique, porte le diagnostic de fièvre éruptive. La fréquence en serait plus grande après l'emploi des dérivés azoïques (sulfamido-chrysoïdine) ou benzylés (46 R P) (1).

Il s'agit, le plus souvent, d'un *érythème rubéoliforme*, comme dans l'observation qui nous a servi de préambule. Son apparition est subite, l'énanthème fait défaut. Il est habituel d'observer du prurit, et une réaction thermique passagère. La guérison survient en peu de jours.

Plus rarement, l'éruption est *morbilliforme* ou *scarlatiniforme*.

Parfois s'observent des *cas plus complexes*.

Nous venons d'hospitaliser un malade, en cours de traitement par la sulfamido-chrysoïdine, chez lequel était apparu un érythème scarlatiniforme des creux axillaires et des plis inguinaux, coexistant avec une éruption de petites papules aplaties, disposées en une large bande thoraco-abdominale, qui avaient l'apparence d'un lichen plan aigu. Tout disparut en quelques jours.

Loveman et Simon ont rapporté un cas, imputable au 1162, où l'érythème était maculo-papuleux à la nuque, bulleux aux mains, accompagné de stomatite et de lésions érosives de la langue et des lèvres, simulant des plaques muqueuses syphilitiques. Après la guérison, l'absorption de 30 centigrammes du médicament suffit à faire réapparaître, en quelques heures, des lésions semblables.

Nous n'avons pas connaissance d'observations d'érythrodermies au cours d'un traitement sulfamidé.

A côté de ces cas où l'éruption éclate sans cause provocatrice, plusieurs cas de *photo-sensibilisation* ont été rapportés, après usage de sulfamido-chrysoïdine ou de sulfanilamide. Ainsi qu'on l'a observé chez les malades traités par le jaune d'acridine, l'érythème apparaît après une exposition prolongée au soleil, atteignant seulement les parties découvertes. Tantôt il s'agit d'exanthème scarlatiniforme, tantôt d'un érythème vésiculeux très prurigineux (Newman et Scharlit, Menville et Archinard, L. J. Franck).

La cyanose, exceptionnelle avec la sulfamido-chrysoïdine et le dérivé benzylé, rare avec le 693, apparaît fréquemment lorsque l'on fait usage de 1162 F, et plus encore de Di-para-acétyl-amino-phényl-sulfone ou 1399 (Rodilone). Dès que la dose quotidienne du produit atteint quatre grammes et que le traitement se prolonge, elle s'observe dans une proportion qui atteint jusqu'à 60 % des cas. Elle se rencontrerait surtout chez les sujets à circulation défectueuse, et notamment chez les acrocyanotiques (Fernet et Pellerat).

Cliniquement il s'agit d'une coloration bleue ou violacée ou lilas, tantôt localisée aux ongles, aux lèvres, aux conjonctives, tantôt généralisée à toute la face, prédominant parfois sur d'autres parties du corps (Palazzoli a noté des cyanoses du gland, après administration de doses minimes de sulfamide).

Le plus souvent, la cyanose ne s'accompagne d'aucun signe fonctionnel. Parfois, elle coïncide avec un certain nombre de troubles : malaises, nausées, douleurs abdominales, palpitations, douleurs retro-orbitaires, comme dans une observation de Soulié et Moret, où la coloration des téguments s'était manifestée dès le second jour du traitement.

En règle générale, la cyanose est un incident sans gravité. Elle cesse en un ou deux jours, après suspension du traitement ; on a pu même la voir s'atténuer spontanément, sans que la médication ait été interrompue.

Les troubles de la spermatogénèse, que nous citerons pour terminer ce chapitre des accidents sans gravité, ont donné lieu, de la part des vénéréologues, à de vives discussions.

Jaubert et Motz, les premiers, constatèrent, chez les blennorragiques traités par les sulfamides, une diminution du nombre et de la mobilité des spermatozoïdes, ainsi que la présence de formes anormales et un appauvrissement en cellules du liquide seminal. Ces troubles se retrouvaient, selon ces auteurs, dans 60 % des cas, alors que la proportion en restait au-dessous de 20 %, chez les blennorragiques traités par les anciennes méthodes. Barbellion et Torrès, puis Goret, Bordet et Minguet (au cours des recherches expérimentales chez le chien) confirmèrent ces résultats.

De telles constatations ne laissèrent pas que d'alarmer médecins et malades.

En fait, les altérations du sperme se montrent, pour le moins, inconstantes : Grollet et Laurent Gérard, Pautrier, Woringer, Boy et Laugier, Durel, Rattner et Gallix ne les ont pas retrouvées chez leurs malades. Lors même qu'elles existent, elles sont le plus souvent transitoires (Jaubert et Motz). Enfin, expérimentalement, l'examen histologique des testicules du lapin, du cobaye, soumis à l'absorption de sulfamides, ne décèle aucune altération (Milian, Pautrier et ses collaborateurs, Palazzoli, Nitti, Bovet et Levinson) ; ces derniers auteurs ont obtenu

(1) Sur une série de 27 cas de méningite traités par le 693, nous venons cependant d'observer 7 fois — c'est-à-dire dans une proportion plus élevée qu'il n'est de règle avec ce médicament — une telle éruption survenue le 9e ou le 10e jour. Deux fois, elle a pris l'aspect d'un exanthème morbilliforme, très profus, ecchymotique par places ; trois fois d'un érythème rubéoliforme; deux fois d'une éruption pityriasiforme, localisée aux bras ou au thorax.

des fécondations normales de femelles par les mâles sulfamidés.

L'action des sulfamides ne paraît donc pas s'exercer, à proprement parler, sur la spermatogénèse. Peut-être, chez certains malades, et au cours de cures prolongées, les spermatozoïdes, normalement formés, se trouvent-ils lésés, mais dans les voies d'excrétion. De tels troubles, en pratique, sont négligeables. On retiendra qu'aucune observation d'azoospermie franche n'a été apportée au passif de la sulfamidothérapie.

ACCIDENTS GRAVES.

Les ACCIDENTS SANGUINS sont les plus redoutables et les plus importants à connaître. Des différents appareils, en effet, le système hémopoiétique paraît le plus sensible à l'action des sulfamides.

L'ANÉMIE a été observée avec une fréquence relative.

HARVEY et JANEWAY, après la première observation de KOHN, rapportèrent trois cas d'anémie hémolytique aiguë, au cours de traitements par de fortes doses de 1162 F., le chiffre des globules étant tombé au voisinage de deux millions. La guérison survint après cessation du traitement, et transfusion sanguine. Deux de ces malades purent ultérieurement recevoir de faibles doses du même médicament, sans en être incommodés.

JENNING et SOUTHWELL-SANDERS, LONG rapportèrent des observations d'anémies hypochromes qui, traitées par la médication martiale et la transfusion, se terminèrent de même par la guérison.

Les cas mortels sont exceptionnels. Il s'agit d'ailleurs de cas complexes dont, pour leur rareté, nous citerons deux exemples : le malade de MERGELSBERG et GRUMER, traité par le D. B. 90 (27 gr. 50 au total) succomba à une anémie progressive avec neutropénie légère, accompagnée d'un syndrome hémorragipare ; à l'autopsie il existait des hémorragies punctiformes, et des thromboses vasculaires disséminées, une nécrose folliculaire des organes hématopoiétiques. Dans le cas également mortel de FROST, l'anémie était associée à une leucopénie et à une cyanose par sulfhémoglobinémie.

En fait, l'anémie se répare habituellement de façon rapide, aussitôt que l'administration de sulfamides est suspendue.

Ainsi, PRICE et MYERS, qui ont traité par la sulfanilamide cent quinze cas de pneumonie, ont mis en évidence, dans 5 % des cas, une anémie hémolytique sévère. Celle-ci, dans tous les cas, régressa rapidement, avec cessation de la thérapeutique.

L'observation d'Henri BÉNARD, MERKLEN et PÉQUIGNOT est intéressante à citer à ce propos. Chez un de leurs malades, soumis à une thérapeutique sulfamidée intensive (15 gr. de 1162 F et 112 gr. de 693 en un mois) l'anémie ne se manifesta qu'au bout de trois semaines. Le chiffre des globules rouges s'abaissa à 1.500.000. Mais la déglobulisation s'arrêta dès la suspension du traitement, malgré la coïncidence de phénomènes infectieux graves (il s'agissait d'une septicémie à pneumocoques avec endocardite végétante).

L'AGRANULOCYTOSE est d'un pronostic beaucoup plus sévère.

On ne s'étonnera pas de voir cet accident survenir ici, si l'on considère que les sulfamides possèdent un noyau benzénique en liaison avec un groupe aminé ; ce groupement se retrouve dans l'amidopyrine, la phénacétine, certains sels d'or et d'arsenic qui sont responsables, de même, de cas d'agranulocytose.

Au cours de la chimiothérapie sulfamidée, YOUNG en rapporte la première observation, chez un homme de cinquante ans, au dix-huitième jour d'une cure de 1162 F à la dose quotidienne de 3 gr. La mort survint en quatre jours, le malade n'avait pris aucun autre médicament que le sulfamide. Un malade de BORST, qui avait reçu en trente jours 60 gr. de sulfamido-chrysoïdine mourut en quarante-huit heures. Les cas de PLUMER, MODEL, SCHWARZ, CARVIN et KOLETSKY, BERG, TZANCK, ARNOUS et PAILLAS, etc., se présentèrent, comme les précédents, avec la symptomatologie habituelle de l'agranulocytose totale, et évoluèrent en peu de jours vers la mort.

Par contre, la guérison put être obtenue par des injections de nucléotides de pentose chez le malade de JENNINGS et SOUTHWELL-SANDER, chez celui de MYRHE. Citons aussi l'intéressante observation de TOURAINE, DUREL et BAUDOIN qui se distingue par la complexité de l'étiologie, car leur malade, atteint à la fois d'un chancre syphilitique et d'une blennorragie, avait été soumis, tout en recevant des comprimés de sulfamide, à un traitement mixte arseno-bismuthique. L'évolution de l'agranulocytose se fit vers la guérison.

A côté des syndromes agranulocytaires au complet, il faut signaler l'existence de *leucopénies simples* ou de *granulocytopénies relatives*. SOHIER, ayant eu l'occasion de pratiquer de nombreux examens de sang, chez des malades traités par les sulfamides, a constaté à plusieurs reprises la diminution du nombre des polynucléaires neutrophiles, que n'accompagnait aucune manifestation clinique (1).

LES ACCIDENTS NERVEUX sont rares.

Pourtant c'est par les troubles nerveux que se caractérise, avant tout, l'intoxication expérimentale aiguë du chien ou du lapin (MARSCHALL, HAWKINS) : excitation cérébrale, avec rigidité des extrémités, hyperesthésie, accélération respiratoire ; et l'autopsie révèle des lésions des cellules du cortex cérébral, du cerveau moyen et des cornes antérieures de la moelle.

Chez l'homme, tout au plus a-t-on noté, au cours d'une cure prolongée, l'apparition d'*asthénie*, de céphalée ou d'un état vertigineux ; nous l'avons mentionné ci-dessus.

Citons, à titre de rareté, les accès de *confusion mentale*, qu'ont rapportés ADLER et MARKOFF, HAGEN et MAC NAMARA, PATON et EATON.

L'attention s'est surtout portée sur les accidents de *polynévrite*.

JANET avait signalé, chez un malade traité par le 1162 F, l'apparition de douleurs et de crampes dans les membres supérieurs.

HULLSTRUNG et KRAUSE, STUMPKE, LÖHE, SCHÖLZKE et ZÜRN, LEHMKE ont rapporté — survenues quelques semaines après la cessation d'une cure de sulfamides (il s'agissait, le plus souvent de produits très peu utilisés en France, comme l'Uliron ou le Diseptal B) — des observations de polynévrites à prédominance motrice, sans trouble de la sensibilité, sans amyotrophie, portant sur les membres inférieurs, surtout dans le domaine du péronier. Certains cas se montrèrent tenaces, et le steppage persistant.

ROCH, MARTIN et NEESER ont observé, à plusieurs reprises, des accidents semblables chez des malades traités

---

(1) Sur les 27 cas de méningite, auxquels nous faisions allusion plus haut, le traitement par des doses élevées de sulfamide (50 à 75 gr. de 693 en 15 ou 20 jours) a déterminé quatre fois, en fin de cure, une granulocytopenie modérée, qui coïncidait, dans chacun des 4 cas, avec une anémie discrète. Voici, à titre d'exemple, la formule sanguine d'un de ces malades :

G R : 3.600.000. G B : 2.600 (polyneutro : 42 %. Lymphocytes : 44. Grands mono : 8. Plasmocytes : 6). Après dix jours d'hépatothérapie, le nombre des globules rouges est remonté à 5.200.000 et celui des globules blancs à 7.400 (dont 62 % de polyneutrophiles).

par un composé soufré voisin de l'Uliron. Les troubles ont éclaté deux ou trois semaines après l'arrêt du traitement, parfois même quand celui-ci n'avait duré que peu de jours. Dans les cas les plus légers, il s'agissait d'une simple parésie des extrémités supérieures ou inférieures ; dans les cas plus graves, d'une paralysie des quatre membres, prédominant sur les extenseurs, accompagnée souvent d'une atrophie musculaire et d'une exagération des réflexes tendineux, si bien qu'un de leurs cas simulait une sclérose latérale amyotrophique. Dans tous les cas, la guérison, quoique lente, fut complète.

Il est intéressant de signaler qu'Hullstrung et Krause ont pu reproduire expérimentalement, chez le pigeon, des troubles de la station, puis une véritable paralysie, par l'administration prolongée de petites doses de Diseptal. L'administration simultanée de vitamines B 1 suffisait d'ailleurs à en prévenir l'apparition.

Citons enfin, dans ce chapitre des troubles nerveux, une observation de névrite optique, survenue après une cure mal tolérée de 1162 F, et qui rétrocéda dès l'arrêt du traitement (Bucy).

Citons aussi un cas de *myopie spasmodique*, survenue quelques heures après la reprise d'un traitement sulfamidé, alors que la première cure avait été bien tolérée ; la guérison survint en quelques jours (Lagrange et Laudat). Avec le médecin lieutenant Delbes, nous venons d'observer un cas semblable, chez un soldat convalescent de méningite cérébro-spinale. Au 9e jour du traitement sulfamidé était survenu un érythème morbilliforme, qui avait fait suspendre la médication ; quelques jours plus tard, apparurent brusquement les troubles de l'accomodation : ils furent de courte durée.

Accidents hépatiques. Quelques cas d'ictère bénin ont été signalés. Benda et Palazzoli, Delaunay en ont rapporté des exemples. Au surplus la présence de pigments biliaires dans les urines, au cours d'un traitement sulfamidé, peut parfois être mis en évidence (René Martin et Delaunay) ; Harvey et Janeway ont signalé également des troubles légers de la fonction hépatique.

Mais, sous une forme sévère, les accidents hépatiques semblent exceptionnels. A notre connaissance un seul cas d'ictère grave a été rapporté (Cline) : alors que la première cure de sulfamides avait été bien tolérée, la reprise du traitement, après une interruption de deux semaines, fit apparaître, dès le second jour, des troubles digestifs et un ictère, accompagné bientôt d'agitation, de délire, et rapidement terminé par la mort. L'autopsie montra une atrophie jaune aiguë du foie.

Les accidents rénaux sont, de même, d'une grande rareté.

Armand-Delille et ses collaborateurs ont, il est vrai, relaté le cas d'un enfant, atteint de méningite cérébro-spinale, et traité par le 1162 F, et chez lequel apparut un état transitoire de coma azotémique. Mais les auteurs se sont demandé, à juste titre, s'il ne fallait pas imputer celui-ci à l'infection en cause plutôt qu'à la médication.

Expérimentalement d'ailleurs, l'administration massive de sulfamides — si elle perturbe parfois, de façon passagère, la fonction d'excrétion — ne détermine jamais d'altérations durables.

Bien plus, des malades, dont le rein est touché, supportent fort bien le traitement sulfamidé. Lemierre l'avait signalé, en rapportant l'observation d'une néphrite érysipélateuse, au cours de laquelle une cure de sulfamido-chrysoïdine n'avait en rien aggravé les troubles. De même Besnoit et Grupper ont traité, par le 109 M (Novamide), des malades atteints de pneumopathies aiguës ; plusieurs de ces malades, avant la mise en œuvre du traitement, avaient du subictère, des traces d'albumine dans les urines ou une légère hyper-azotémie (0 gr. 65, 0 gr. 70) : ces troubles, loin de s'exagérer sous l'influence de la médication, disparurent à l'approche de la convalescence.

C'est en songeant à ces exemples de tolérance rénale, que nous n'avons pas hésité, chez le méningitique dont nous avons plus haut exposé l'histoire, à poursuivre l'administration des sulfamides, malgré l'élévation de l'azotémie à 1 gr. 95. Le traitement devait être parfaitement supporté, et le chiffre de l'urée sanguine était, quelques jours plus tard, redescendu à la normale.

Toutefois il faut savoir — comme l'ont montré Long et Bliss — que les reins déjà altérés excrètent beaucoup plus lentement le sulfamide que des reins normaux ; le produit risque donc de s'accumuler dans le sang et, de ce fait, pourrait éventuellement provoquer d'autres troubles. Il serait bon, en pareil cas, de surveiller le taux de cette rétention sanguine et de cesser l'administration du médicament au cas où sa concentration dépasserait 15 m/mgr. pour 100 cc. de sang.

Est-ce enfin par l'intermédiaire d'une atteinte de la fonction rénale que les sulfamides sont susceptibles de déterminer un état d'*acidose?*

L'acidose ne paraît pas, en effet, exceptionnelle au cours d'un traitement prolongé.

Southworth, chez quinze sujets régulièrement suivis à cet égard, a observé, dans tous les cas, une baisse de la réserve alcaline, atteignant jusqu'à 30 volumes. Dees et Harvey, Colebrook et Kenny ont fait des constatations semblables. Mais les accidents cliniques d'acidose sont demeurés exceptionnels, se réduisant, dans deux cas, à l'apparition d'une dyspnée de Kussmaul, qui cessa dès que le traitement eut été interrompu.

Tel est l'aspect clinique des incidents et des accidents imputables à la sulfamidothérapie.

Il nous reste à étudier les conditions dans lesquelles ils surviennent et les moyens de les prévenir.

CONDITIONS D'APPARITION.

1° Le médicament. La toxicité des dérivés azoïques (chlorhydrate de sulfamido-chrysoïdine : Prontosil, Rubiazol) et des dérivés benzylés (benzyl p. amino-phényl-sulfamide, ou 46 R.P. : Septazine ; solution injectable de 40 R.P. : Solu-septazine) paraît extrêmement faible. Ces composés n'ont guère, à leur passif, que des incidents bénins : troubles gastriques, diarrhée, érythème, ces derniers paraissant ici relativement fréquents. Ravina, en 1938, ne pouvait colliger que deux observations d'accidents mortels d'agranulocytose consécutifs à leur emploi (Model, Borst) nous y ajouterons le cas d'anurie avec infarctus viscéraux (Rathery), que nous citerons plus loin, où le médicament en cause était le 40 R.P.

C'est au para-amino-phényl-sulfamide (1), ou 1162 F, (Septoplix, Néococcyl, Lysococcine...), ainsi qu'à son dérivé pyridiné ou 693 (Dagenan) que sont dus la majorité des accidents relevés au cours de la sulfamidothérapie. Mais on sait aussi que leur activité thérapeutique est — nous y reviendrons — indiscutablement supérieure à celle des produits précédents. Leur usage s'en est, de ce fait, davantage répandu.

Notons également la toxicité particulière à l'égard du système nerveux d'un produit d'ailleurs rarement prescrit en France, le D.B. 90 (Uliron).

2° Les doses. Il paraît difficile de fixer avec certitude les doses dangereuses.

Nous pouvons simplement remarquer que les accidents

---

(1) Désigné habituellement dans les pays de langue anglaise sous le nom de Sulfanilamide.

graves, et en particulier les altérations sanguines, apparaissent le plus souvent après un traitement intensif et prolongé, où la dose totale du produit actif est comprise entre 60 et 100 grammes. Ajoutons d'ailleurs qu'un certain nombre de sujets ont pu — soit que la gravité de la maladie l'ait exigé, soit qu'ils se soient soumis de leur propre chef à une telle cure — supporter, sans dommage, des doses supérieures.

Inversement, l'emploi de doses minimes est loin de mettre, à coup sûr, le malade à l'abri des accidents. Dans quelques cas, on a pu voir ceux-ci éclater sous une forme sévère, lors même que les quantités prescrites étaient demeurées modérées.

Bien plus, les cures discontinues, préconisées par certains auteurs, dans le but d'éviter l'emploi d'une dose totale trop élevée du médicament, ne sont pas exemptes de danger. Comme si le malade avait été sensibilisé par la première série médicamenteuse, elle-même parfaitement tolérée, la reprise du traitement, après une interruption de quelques jours ou de quelques semaines, peut déclencher les troubles les plus graves. Ainsi en était-il dans un cas de Tzanck, Arnous et Paillas où le médicament en cause était le 693, administré à doses modérées par la voie buccale, et l'accident provoqué une agranulocytose mortelle. Plus suggestive encore est l'observation de Rathery, Duperrat et Maschas. Leur malade, atteinte d'une sinusite maxillaire compliquée, avait reçu au cours d'une première cure, trois injections intra-veineuses d'une solution à 6 % de 40 R.P. La tolérance avait été complète, et le résultat thérapeutique remarquable. Trois mois plus tard à l'occasion d'une récidive, on décide de reprendre le traitement, qui a précédemment donné de si bons résultats. Mais dès la fin de l'injection, la malade éprouve un violent malaise, et des vomissements, suivis, deux heures plus tard de vives douleurs abdominales, cependant qu'elle cesse d'uriner. L'anurie persistera jusqu'à la mort, qui survient le second jour. L'intervention chirurgicale, pratiquée *in extremis*, a découvert une apoplexie tubaire bilatérale, et l'autopsie montre la présence d'autres infarctus, pulmonaire et splénique, ainsi qu'une dégénérescence graisseuse du foie. La comparaison s'impose avec les apoplexies viscérales, consécutives au choc anaphylactique, que Grégoire et Couvelaire ont pu reproduire chez l'animal soumis à des injections préparantes.

3° Le terrain. A côté de ces cas où la sensibilisation semble jouer un rôle, il en est d'autres que distinguent, de la part du malade, une sorte de prédisposition. On sait que celle-ci se rencontre au cours de certains états endocriniens. Ailleurs, elle s'était déjà révélée par des accidents dits « allergiques », comme l'asthme, l'urticaire, etc., etc. Ainsi, le malade de Tzanck, asthmatique ancien, venait de manifester son intolérance à l'égard de l'iode ; au cours des accidents sanguins de la sulfamidothérapie, il devait encore, après une injection de nucléotide de pentose, tomber dans un état de choc, comme en provoque exceptionnellement ce dernier médicament.

Mais une telle susceptibilité individuelle est, faut-il le rappeler, le plus souvent imprévisible, et nous citerons ici l'observation, que rapporte Janet, de deux frères, soumis tous deux, au cours d'une blennorragie contractée à la même source, à un traitement sulfamidé modéré, et morts l'un et l'autre, en quelques jours, d'agranulocytose.

(*A suivre*).

Actualités médico-chirurgicales (4e série), 9 conférences par les chefs de clinique de la Faculté de Médecine de Marseille. — Un volume de 193 pages. Prix : 30 francs, chez Masson et Cie, 1939.

ACTUALITÉS

LES CONFÉRENCES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

LE TRAITEMENT DES NÉPHRITES INFECTIEUSES AIGUËS

Par M. le Professeur A. Lemierre

On connaît le succès remporté au mois de juillet par les conférences organisées à la Sorbonne, sur l'initiative de M. le Recteur Roussy.

A son tour, la Faculté de Médecine a décidé de donner tous les jours, à 18 heures, dans le grand amphithéâtre, depuis le 11 septembre jusqu'au 4 octobre, des conférences consacrées aux grandes questions médicales de l'heure.

N'est-ce pas la meilleure manière de reprendre l'enseignement ?

C'est ce que M. le Professeur Baudouin, assesseur, remplissant les fonctions de doyen, a exposé avec beaucoup d'à-propos avant de donner la parole à M. le Professeur Lemierre qui ouvrait la série de ces cours.

Voici le résumé que M. le Professeur Lemierre a bien voulu rédiger pour La Gazette des Hôpitaux. *Nous l'en remercions très affectueusement.*

Les néphrites aiguës sont parmi les complications les plus fréquentes et les plus importantes des maladies infectieuses. Il y a un intérêt capital à les diagnostiquer et à les traiter dès leur apparition.

Dans toutes les infections, l'examen quotidien des urines doit être pratiqué non seulement pendant la période aiguë, mais aussi pendant la convalescence. L'examen des urines ne suffit pas d'ailleurs, car ces affections rénales revêtent des aspects cliniques très différents, où l'on a à tenir compte non seulement des modifications urinaires, mais des manifestations diverses de l'insuffisance rénale, rétention hydrochlorurée, rétention azotée, acidose, hypochlorémie, hypertension artérielle. Les troubles de nature différente se combinent diversement et prennent une importance variable suivant les cas. Les indications thérapeutiques ne sont donc pas les mêmes dans toutes les formes cliniques des néphrites infectieuses aiguës. Elles s'adaptent étroitement au mode de l'insuffisance rénale en face duquel on se trouve.

Pour juger de la valeur de ses thérapeutiques, le médecin doit chercher à apprécier d'emblée la gravité du cas auquel il a affaire. Au début de la complication rénale, et même parfois pendant quelques jours encore, l'examen des urines et du sang ne suffisent souvent pas à le renseigner. Il doit savoir que le pronostic est en général plus sévère quand la néphrite coexiste avec un état infectieux persistant. Ainsi une néphrite aiguë se montrant dès le début d'une amygdalite banale, d'une durée de 3 à 4 jours, ou une néphrite apparaissant pendant la convalescence d'une infection, à condition qu'elle soit d'emblée diagnostiquée, a toutes les chances de guérir. Une néphrite éclatant au début d'un état infectieux qui se prolonge pendant 10 jours, 12 jours et plus, doit être envisagée avec plus d'appréhension, parce que l'organisme doit faire face en même temps aux assauts combinés de l'infection et de l'insuffisance rénale.

Certaines médications spécifiques ont donc une action remarquablement bienfaisante sur quelques néphrites aiguës, les unes, parmi ces médications, agissant à la fois certainement sur l'infection générale et probablement sur les altérations rénales comme les arsenicaux organiques dans la néphrite aiguë syphilitique et le salicylate de soude

dans la néphrite rhumatismale; d'autres en coupant court à la toxi-infection générale et en permettant à la néphrite d'évoluer pour son propre compte, comme les sulfamides dans la néphrite érysipélateuse, comme la sérothérapie spécifique dans les néphrites de la diphtérie.

Pour la commodité de l'exposé, nous décrirons la conduite à tenir dans les types schématiques suivants de néphrites aiguës, tout en spécifiant qu'il existe entre ces divers types cliniques toutes les formes de passage :

1° *Les néphrites aiguës où prédominent les modifications des urines, l'insuffisance rénale proprement dite n'atteignant qu'un degré minime;*

2° *Les néphrites aiguës avec rétention hydrochlorurée prédominante ;*

3° *Les néphrites aiguës avec rétention azotée prédominante ;*

4° *Les néphrites aiguës avec anurie.*

Et nous terminerons en abordant la question du traitement chirurgical des néphrites infectieuses aiguës.

Le premier type de néphrite aiguë se rencontre assez souvent au cours des amygdalites aiguës. Le malade, dès le premier ou le deuxième jour de l'angine, éprouve des douleurs lombaires et ses urines deviennent sanglantes. L'albuminurie peut être minime, en rapport seulement avec la présence de sang dans l'urine, ou plus ou moins notable. Il existe de plus de l'oligurie. Il n'y a pas d'œdème; le taux de l'urée sanguine ne subit qu'une légère élévation ; l'hypertension artérielle fait défaut. En général les choses ne vont pas plus loin. La néphrite est d'emblée évidente. La fièvre disparaît au bout de 2 ou 3 jours et l'angine guérit en même temps. Le malade est maintenu au lit, et à la diète hydrique sous forme d'eau lactosée ou de tisanes sucrées. Il importe également de recommander au malade d'absorber seulement la quantité de liquide suffisante pour étancher sa soif et de ne pas le pousser à boire. C'est seulement quand les urines deviennent abondantes que cette restriction des boissons pourra être cessée.

Plus ou moins précocement, suivant que les urines reprennent plus ou moins vite un aspect normal, on prescrit un régime végétarien et déchloruré, puis de plus en plus azoté avec lait puis viande fraîche bien cuite, en surveillant le taux de l'urée sanguine. Ensuite on revient graduellement à une alimentation plus variée et normalement salée.

Toutes les mesures doivent être prises pour éviter une rechute : séjour prolongé au lit, précautions contre un refroidissement, jusqu'à ce que la guérison, confirmée, si possible par l'épreuve de la phénolsulfonephtaléine et de la constante d'Ambard, soit définitive.

La même ligne de conduite s'impose dans toutes les néphrites infectieuses du même type, notamment dans certaines néphrites de la scarlatine, ainsi que dans les néphrites infectieuses aiguës se traduisant seulement par de l'albuminurie.

Autre point à noter : chez tout individu ayant été atteint d'une néphrite post-angineuse et, à plus forte raison, s'il est sujet aux angines à répétition, confier le malade à un oto-rhino-laryngologiste, qui pratiquera le traitement local nécessaire : tonsillectomie, ablation de végétations adénoïdes.

Le deuxième type de néphrites infectieuses aiguës, celui où prédomine le syndrome de rétention hydrochlorurée, s'observe presque toujours chez des sujets dont la néphrite a passé inaperçue à son début ou a été négligée. En pareil cas, le patient, avant que les symptômes aient atteint un degré suffisant pour attirer l'attention n'a pas suivi de régime alimentaire spécial. Il se présente atteint d'œdèmes périphériques et parfois d'accidents nerveux, éclampsie. amaurose. Les urines sont rares, albumineuses, souvent hématuriques ; le taux de l'urée sanguine est plus ou moins élevé, parfois normal. Il peut y avoir de l'hypertension artérielle. En pareil cas, repos au lit, diète hydrique, avec restriction des liquides ; en cas d'accidents nerveux ou de dyspnée symptomatique d'un œdème pulmonaire, saignée.

Dès que la crise polyurique s'est établie, régime déchloruré, végétarien aussi longtemps que le taux de l'urée sanguine n'est pas redevenu normal, plus ou moins fortement azoté, quand l'azotémie a disparu. Quand les infiltrations se sont totalement résorbées, rechloruration progressive du régime en surveillant le poids du corps et l'élimination urinaire des chlorures.

Lorsque les œdèmes disparaissent trop lentement, on pourra stimuler la diurèse au moyen de la théobromine ou de ses succédanés.

Dans cette forme de néphrite la convalescence est notablement plus longue que dans la forme précédente et exige des précautions plus minutieuses et plus durables.

Dans certains cas qui semblent ne pas devoir aboutir à la guérison spontanée se pose la question d'une intervention chirurgicale.

Dans un *troisième type* de néphrites infectieuses aiguës, c'est la rétention azotée qui constitue le phénomène capital. L'albuminurie même peut faire défaut ; les œdèmes sont absents ou très minimes ; il n'y a pas d'hypertension artérielle. L'oligurie est plus ou moins accentuée. On observe surtout ces néphrites à la période éruptive de la scarlatine, parfois dans les angines, dans l'érysipèle. Malgré que le taux de l'urée sanguine y atteigne quelquefois des chiffres élevés et qu'elles s'accompagnent alors de troubles digestifs, de sécheresse de la langue, d'odeur ammoniacale de l'haleine, elles ne sont en général réellement graves que si l'infection qui les a causées se prolonge outre mesure. Ajoutons que l'examen du sang montre en pareille occurence, outre l'azotémie, de l'acidose se traduisant par un abaissement de la réserve alcaline et une hypochlorémie par chloropexie tissulaire.

Là encore est indiquée la diète hydrique avec restriction des liquides. Pour combattre l'acidose, bicarbonate de soude par voie buccale, à la dose quotidienne de 4 à 6 gr., ou en injections intraveineuses s'il existe de l'intolérance gastrique.

Malgré l'hypochlorémie, il faut se garder d'administrer du sel soit par la bouche, soit en injections sous-cutanées ou intraveineuses, ce qui risquerait de provoquer des œdèmes. C'est seulement quand la polyurie s'est franchement déclenchée et si l'azotémie a une tendance à régresser trop lentement que l'administration de 3 ou 4 gr. de NaCl par voie buccale, chaque jour, peut être tentée pour stimuler la débâcle azoturique.

Cependant, avant que toute amélioration se dessine, la présence de vomissements incoercibles et de diarrhée profuse peut être une indication de thérapeutique rechlorurante précoce par voie sous-cutanée ou intraveineuse.

Pendant la régression de l'azotémie, si le malade manifeste de l'appétit, régime végétarien.

Après le retour de l'urée sanguine à la normale, reprise d'une alimentation de plus en plus riche en protéines pour réparer la désassimilation azotée qui est particulièrement accentuée en pareil cas.

Entre les néphrites avec prédominance de la rétention azotée, qui coïncident fréquemment avec une oligurie très accentuée, et les néphrites avec anurie, il n'y a guère qu'une question de degré. *Dans les néphrites avec anurie*, on trouve naturellement la rétention azotée, pouvant être considérable, l'acidose, l'hypochlorémie. Le pronostic de

ces anuries dépend beaucoup de la persistance ou de la guérison rapide de l'infection qui en est la cause, d'autre part de la nature de cette infection. Aussi l'anurie de la diphtérie est constamment mortelle ; celle qui survient précocement dans la scarlatine a généralement une tendance à la guérison spontanée, tandis que celle qui traduit une néphrite de la convalescence de cette fièvre éruptive paraît comporter un pronostic plus sévère.

Naturellement le traitement est ici le même que celui des néphrites avec rétention azotée prédominante : diète hydrique avec restriction des liquides, bicarbonate de soude par voie buccale ou intraveineuse. Il faut savoir attendre sans rien faire de plus, en dosant chaque jour l'urée sanguine, et s'il est possible, en mesurant la réserve alcaline.

Souvent au bout de 48 heures ou 3 jours ou plus, la diurèse s'amorce puis reprend, tandis que l'urée sanguine continue à monter pendant quelques jours encore puis fléchit à son tour.

On a conseillé d'avoir recours dès l'apparition de l'oligurie extrême ou de l'anurie, à la transfusion sanguine, ou aux injections intraveineuses de solutions glucosées hypertoniques pour stimuler la secrétion rénale; mais leur efficacité n'est pas démontrée.

Enfin l'on est obligé d'envisager dans certains cas la nécessité d'une *intervention chirurgicale* qui est à l'heure actuelle la décapsulation rénale uni ou bilatérale.

Sur les indications précises de cette opération et sur les résultats qu'elle fournit réellement les avis sont partagés. Tandis que les uns la considèrent comme nécessaire dès le troisième jour ou au plus tard le quatrième jour de l'anurie, d'autres se règlent surtout, pour la prescrire, sur l'apparition de certains symptômes particulièrement inquiétants : altération du faciès, fétidité de l'haleine, hoquet.

Quant aux résultats fournis, il est assez difficile d'en juger, car dans les cas où la diurèse se rétablit après l'opération il est impossible d'affirmer que c'est l'opération qui en est sûrement responsable. En tous cas, quand l'anurie survient au cours d'une infection grave encore en pleine évolution, il sera prudent de s'abstenir.

L'indication de la décapsulation rénale peut se poser, en dehors de l'anurie, en face de certaines néphrites infectieuses aiguës qui tardent à s'améliorer franchement et pour lesquelles il y a lieu de craindre le passage à l'état chronique.

La persistance de l'hématurie, la tendance qu'a l'azotémie à reparaître à la moindre tentative d'alimentation azotée, l'ascension graduelle et lente du taux de l'urée sanguine, le tout pouvant s'accompagner d'une disparition incomplète ou d'une réapparition trop facile des œdèmes, telles sont les indications de l'intervention chirurgicale.

Les résultats obtenus jusqu'à présent sont suffisamment encourageants pour qu'il soit permis de conseiller cette intervention. De nombreux exemples montrent qu'elle amène souvent la disparition immédiate ou presque immédiate des troubles qui semblaient vouloir s'installer à demeure et dont il y avait lieu de s'inquiéter. L'avenir dira si le développement plus ou moins tardif d'une néphrite chronique a pu être sûrement évité.

Clinique chirurgicale des pays chauds, par le médecin général Botreau-Roussel, avec la collaboration de MM. Assali, Dejou, Huard, Mantagné, Palès et Roques, chirurgien des hôpitaux coloniaux, professeurs agrégés du Pharo, préface du professeur Ch. Lenormand. — Un volume de 336 pages avec figures. Prix : 80 francs, chez Masson et Cie, à Paris, 1939.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 17 septembre 1940

Chômage et Psychopathie. — MM. J. Vié, G. Fail et Mme Opolon (note présentée par M. Laignel-Lavastine). — Le chômage, fléau social, comporte deux aspects psychopathologiques opposés :

1° Il est *générateur* de troubles mentaux chez des prédisposés ou des affaiblis mal encadrés dans leur milieu : la répétition des échecs, la désadaptation sociale donnent lieu à des épisodes névropathiques, dépressifs ou exaltatifs ; l'oisiveté favorise les tendances anormales, l'alcoolisme, et peut conduire à une vie parasitaire.

2° Le chômage peut être la *conséquence* de psychoses en évolution (P. G., délires chroniques), d'insuffisances mentales progressives (involution, alcoolisme, psychose périodique, encéphalites, etc.), ou habituelles (déséquilibre, débilité).

Il importerait de déceler ces prédispositions ou ces affections pour prévenir les troubles, appliquer le traitement nécessaire, ou diriger de façon utile des orientations nouvelles.

La carte de rationnement. — M. Georges Duhamel demande que l'Académie étudie, au point de vue médical, la carte de rationnement qui doit entrer en vigueur le 23 septembre prochain.

L'Académie décide de nommer une commission qui se réunira mardi prochain avant l'ouverture de la séance.

Sont désignés pour faire partie de la commission : MM. Duhamel, Lesné, Debré, A. Mayer, Martel, Rathery, Bertrand, Roussy, Baudouin, Tanon et Le Noir.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 31 mai 1940

Présence constante des bacilles tuberculeux dans le tube digestif des cracheurs de bacilles. — MM. Ameuille et Mme Dubois-Verlière. — On sait que le bacille tuberculeux peut se trouver dans le contenu gastrique à jeun et dans les selles. Cette recherche peut servir d'appoint chez les tuberculeux qui ne crachent pas, ou qui ne crachent que de la salive. Les auteurs ont cherché les bacilles dans le contenu gastrique et intestinal de tuberculeux cracheurs disciplinés et dont l'expectoration était bacillifère. Ils ont examiné 62 malades de ce genre. Chez 59, le bacille a été retrouvé dans le liquide gastrique et dans les selles. On peut dire que le germe est toujours présent dans le tube digestif des tuberculeux cracheurs de bacilles. Il peut donc s'établir chez tous les tuberculeux pulmonaires éliminant des bacilles un circuit permanent de ceux-ci : poumon, intestin, poumon. Les sécrétions anormales de l'arbre bronchique s'écoulent inconsciemment par la voie digestive.

Séance du 7 juin 1940

Purpura sulfamidique. — M. Aubertin et Mme May-Darhovsky rapportent un cas de purpura bénin survenu au douzième jour d'un traitement par le 693 (après 21 grammes) appliqué pour une arthrite infectieuse. Ce purpura s'accompagna d'une légère prolongation du temps de saignement, d'un signe du lacet positif à larges éléments, d'une baisse modérée des plaquettes et aussi d'une neutropénie nette avec éosinophilie : tous ces phénomènes avaient disparu quelques jours après la fin de l'éruption. Ces phénomènes associés montrent qu'en pareil cas, ce purpura n'est que l'expression clinique d'une légère hémopathie toxique causée par le sulfamide.

Globulimétrie dans les anémies benzoliques. — M. Paul Claisse. — A l'état normal l'organisme réagit contre l'anhématose : 1° par la formation de nouvelles hématies ; 2° par l'augmentation du taux d'hémoglobine ; 3° par l'augmentation du diamètre moyen des hématies (mesuré par la méthode de Malassez).

Cette dernière réaction apparaît dans les anémies benzoliques, mais reste très modérée. Dans un des cas cités elle est nulle, or c'est un cas dont le pronostic est fort sombre.

En somme le procédé de défense organique représenté par l'augmentation du diamètre des globules rouges, s'exerce de façon médiocre.

Par l'examen d'autres cas on verra si la globulimétrie, pratiquée à plusieurs reprises au cours d'une évolution d'anémie benzolique, peut fournir un élément de pronostic.

Maladie kystique du poumon. — M. Rist rapporte un cas de maladie kystique du poumon remarquable par les difficultés qu'a présenté son diagnostic. Seul l'analyse tomographique a permis de l'établir d'une façon indiscutable.

Modalités cliniques de l'intoxication benzolique. — MM. Lechelle, Coste, Thieffry et Cuadrano. — L'auteur, dans

cette étude, signale la provenance précise des cas d'intoxication, à savoir : ouvrières d'une usine de fabrication de pansements : pansements placés dans une enveloppe de toile caoutchoutée scellée à la colle sur trois côtés. Cette colle contient 95 à 97 % de benzène pur. Le stigmate essentiel du benzolisme latent est la leucopénie. L'auteur propose comme moyen thérapeutique évidemment radical, la suppression du benzol comme solvant du caoutchouc. Pour le moins il demande à la Société Médicale, d'appuyer les termes d'une proposition tendant à ce que soit assuré dans sa plénitude le décret concernant les mesures d'hygiène applicables aux établissements dont le personnel est exposé à l'intoxication benzolique.

Séance du 14 juin 1940

Pas de communication.

Séance du 21 juin 1940

Coma et hémiplégie curables consécutifs à une hématémèse. — MM. Aubertin et Lafon. — Après les hémorragies abondantes, on observe parfois certains accidents nerveux, soit convulsifs, soit paralytiques, soit comateux, souvent curables, mais parfois rapidement mortels. Le Dr Worms a montré le rôle bienfaisant de la transfusion sur l'évolution des accidents.

Dans le cas actuel, il y avait à la fois coma hypertonique et hémiplégie et cependant le malade a guéri, sans doute grâce à la transfusion pratiquée dès le début. En résumé, après une hématémèse abondante apparut un coma avec signes méningés accentués et hémiparésie gauche. Après transfusion, amélioration et disparition des signes nerveux.

Séance du 28 juin 1940

Statistiques concernant l'alcoolisme. — MM. Heuyer et Beglérys. — Les auteurs proposent, à raison de la progression rapide du nombre des entrées à l'Infirmerie spéciale et de l'augmentation des cas de *delirium tremens*, que soit adoptée par la Société médicale le vœu suivant :

« La Société Médicale des Hôpitaux, ayant constaté le nombre croissant des alcooliques, félicite M. le Préfet de la Seine d'avoir maintenu le décret du 28 février 1940, interdisant la consommation de l'alcool pendant trois jours par semaine et demande d'intensifier les mesures contre l'alcoolisme, menace immédiate dans les périodes de trouble et de danger constant pour l'avenir de la Nation. »

Signe du lacet négatif chez des malades en pleine éruption purpurique. — M. Aubertin. — Chez trois malades en éruptions purpuriques, ce signe fut négatif. On peut se demander si certains purpuras ne sont pas exclusivement hématiques ou capillaires.

Un cas d'infection pneumococcique à localisations successives multiples. — MM. Rist et Sicard. — Observation d'une infection à pneumocoques à localisations diverses : pneumonie gauche, péricardite purulente, deux foyers de péritonite purulente à pneumocoques, abcès du poumon droit guéri spontanément, abcès du poumon gauche incisé. Les moyens médicaux employés (injections de salycilate de soude, thérapeutique sulfamidée, sérum antipneumococcique) ont été inefficaces. La guérison fut le fait de moyens chirurgicaux.

Séance du 5 juillet 1940

Le couple acétylcholine-potassium dans le traitement du goitre exophtalmique. — MM. Benda et Maduro. — Les auteurs ont obtenu des résultats encourageants dans la maladie de Basedow, à savoir injections intra-musculaires de 0 gr. 10 d'acétylcholine tous les deux jours, ingestion quotidienne d'un verre à madère d'une solution de citrate de potassium à 10 p. 1.000 avec 1 p. 1.000 de bicarbonate de potassium par cures de vingt jours. Plusieurs malades soumis antérieurement aux traitements classiques, n'en avaient retiré aucune amélioration sérieuse.

Anémie biermérienne d'origine benzolique. — MM. P. Emile Weil et S. Perlès. — Observations paraissant démontrer que l'intoxication benzolique peut engendrer une anémie biermérienne pure au lieu de la myélose aplasique habituelle. Leur conclusion repose : 1° sur les lésions du sang ; 2° sur l'aspect caractéristique de la moelle ; 3° sur la guérison par le traitement de Biermer ; 4° sur l'identité de l'aspect clinique.

Un cas du syndrome de Cushing : dosage des hormones cortico-surrénales. — M. Baudoin, Mme Lecomte, Mlle Dreulle. — Observation montrant que la presque totalité des cas de syndrome de Cushing présentent une lésion hyperplasique des glandes surrénales, soit pure, soit associée. Dans le cas actuel, on peut admettre un hyperfonctionnement des surrénales. La radiologie surrénale semble avoir donné des résultats appréciables.

Recherches sur l'alcoolisme expérimental. — M. Lhermitte. — Expériences ayant pour objet l'intoxication absinthique sur des lapins femelles. Il appert que l'intoxication alcoolique est susceptible chez le lapin de déterminer dans le foie des lésions de cirrhose qui existent dans l'hépatite scléreuse chez l'homme, et que les altérations du système nerveux se marquent surtout sur l'encéphale et la moelle plutôt que sur les nerfs. En outre, l'alcool peut léser directement la glande hépatique, et déterminer des altérations profondes du foie chez les descendants.

Galactorrhée et troubles endocriniens au cours de la maladie de Hogdkin. — M. E. May et Mme Logeais. — Observation de maladie de Hogdkin au cours de laquelle se produisirent une galactorrhée abondante, une aménorrhée précoce et des signes d'infantilisme régressif. Par le traitement, on peut affirmer la relation de cause à effet entre les troubles endocriniens et la lymphogranulomatose : relation d'ailleurs d'interprétation difficile, on peut croire à une extension aux glandes endocrines des lésions hogdkiniennes ou à l'état primitif des troubles endocriniens.

Séance du 26 juillet 1940

Psychoses émotives dans la période actuelle. — M. Heuyer signale que dans la période actuelle, on a noté 40 à 50 suicides par jour, et aussi, chez les réfugiés, des cas nombreux de chocs émotifs avec confusion mentale, onirisme, anxiété. A la Pitié, les cas peuvent être catalogués ainsi : 1° état organique manifeste, troubles rénaux, azotémie, troubles tensionnels, diabète apparaissant, traumatisme cranien ; 2° malades présentant à nouveau un syndrome confusionnel et anxieux ; 3° malades âgés ; 3° alcooliques.

Incompatibilité de la maladie d'Addison et de la tuberculose pulmonaire. — MM. Rist, Mage, Mlle Georges font remarquer que la maladie d'Addison tuberculeuse se développe rarement chez les tuberculeux pulmonaires, et que s'il existe chez eux des lésions tuberculeuses des poumons, elles sont presque toujours cicatrisées, ou torpides. Ce fait différencie la maladie d'Addison de toutes les tuberculoses extrapulmonaires.

Psychoses d'épuisement somato-psychiques. — MM. Laignel-Lavastine, Bouvet et Follin. — Cinq cas de psychoses aiguës survenues à l'occasion des événements actuels chez des femmes de vie sociale normale. Dans ces cas, la confusion mentale, l'onirisme, l'anxiété, sont au premier plan. Etat somatique grave. Ce fait donne l'impression d'un état psychosique aigu, de pronostic favorable. Le syndrome d'anxiété confusionnelle avec amnésie lacunaire par épuisement somato-psychique, montre que les modalités réactionnelles de l'encéphale à une agression grave restent les mêmes, car la personnalité est une et ses moyens de réagir sont limités en nombre.

Sulfamidothiazol (2090 RP), méningococcémies et infections. — MM. Celice, Grenier et Fallot. — Observations des succès obtenus par l'ingestion de sulfamidothiazol (2090 RP) sans traitement intra-rachidien dans des cas de méningococcies. Ce sulfamide est bien toléré, même à fortes doses dans les cas graves, à condition de faciliter la diurèse et de donner des doses dégressives. Le traitement doit être poursuivi jusqu'à la crise polyurique. La concentration de 4 mgr. pour 100 paraît être optima. Ce nouveau sulfamide paraît plus actif et mieux toléré que ceux qui l'ont précédé. Les auteurs relatent son efficacité lors d'une septicémie et d'un typhus exanthématique.

Séance du 2 août 1940

Large caverne tuberculeuse du foie ou adénome hépatique nécrosé chez un tuberculeux ? — M. Benda, Mlle Gauthier-Villars, Mlle Goulfier. — A l'examen nécropsique du foie d'un tuberculeux pulmonaire avéré, les auteurs ont trouvé : 1° une excavation dont le contenu puriforme renfermait des bacilles de Koch ; 2° un nodule blanchâtre arrondi, répondant à un adénome trabéculaire net. Peut-être la caverne elle-même résultait-elle d'un autre adénome plus ancien.

Ascite gélatiniforme, complication d'un kyste de l'ovaire. — MM. Laignel-Lavastine et Duguet. — Observation d'une femme atteinte de maladie gélatineuse du péritoine, suite d'un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche. Cette ascite, riche en albumine vraie et en paralbumine, était pauvre en fibrine. La prise en gelée diffère donc de la coagulation.

Dilatation bronchique avec lésions gommeuses du poumon. — M. Javal et Mme Dauphin. — Observation d'une jeune fille de 17 ans, atteinte de dilatation bronchique typique avec signes cliniques nets et images classiques à la lipiodo-radiographie. Décès. A l'autopsie, lésions gommeuses caractéristiques du poumon et des ganglions. Réaction de Wassermann négative.

Psychose émotive pure. — M. Baudoin. — Deux cas de psychose émotive pure, n'ayant pas évolué sur un terrain organique préparé et sans antécédents.

LIVRES NOUVEAUX

Pratique médico-chirurgicale, publiée sous la direction de A. Couvelaire, A. Lemierre, Ch. Lenormant, professeurs à la Faculté de Médecine de Paris ; secrétaire général André Ravina. — 2e supplément (tome X). Un volume de 627 pages avec 233 figures. Prix : 200 francs. Masson et Cie, édit., Paris.

Les huit volumes de la *Nouvelle Pratique médico-chirurgicale* ont paru en 1931.

Dès la publication de cet ouvrage, il avait été entendu que des *suppléments* seraient publiés pour le tenir à jour et au besoin le compléter. A vrai dire, il a été, pendant plusieurs années, difficile de trouver matière à éditer un volume complémentaire. Les conceptions théoriques évoluent plus vite que la *pratique* médicale et chirurgicale, et les directeurs de la *P. M. C.* n'ont pas voulu sacrifier à un mode facile et se donner l'apparence de « faire du nouveau », alors que rien ne le justifiait.

Ils ont attendu 1936 pour réaliser le premier de ces *suppléments* et 1939 pour publier le deuxième supplément, qui s'ajoute à une œuvre encore vivante et pleinement adaptée aux besoins actuels.

Ce deuxième supplément, qui forme le tome X de la *Nouvelle Pratique chirurgicale*, comporte à la fois des *articles nouveaux*, dont l'utilité s'est manifestée depuis la publication de la *P. M. C.*, et des *compléments* aux articles anciens. Exceptionnellement, quelques chapitres ont été repris entièrement pour permettre à des données nouvelles de trouver leur place dans un exposé systématique.

Comme dans les autres volumes de la *P. M. C.*, ces articles sont présentés dans l'ordre alphabétique, mais une table placée en tête du volume indique les articles additionnels, les compléments apportés aux articles anciens, et enfin les articles nouveaux, entièrement substitués à ceux qui avaient été publiés précédemment.

Physiopathologie de la vieillesse et introduction à l'étude des maladies des vieillards, par P. Bastai, professeur de pathologie médicale et de méthodologie clinique à la Faculté de Médecine de Florence, et G.-D. Dogliotti, chef de clinique à la Faculté de Médecine de Florence. — Un vol. de 235 pages avec 40 figures. Prix : 50 fr. Masson et Cie, édit., Paris.

Bien que, au cours de ces dernières années, on ait manifesté un très grand intérêt pour les problèmes concernant la morphologie, la physiologie et la pathologie de la vieillesse, toutes les notions acquises jusqu'ici sont bien incomplètes par rapport à celles qui concernent les autres domaines, celui de la pédiatrie par exemple.

La raison de cette lacune n'est certainement pas due au manque d'importance des problèmes concernant la sénescence écrivent les auteurs dans leur préface ; mais le vieillard est généralement un sujet d'étude peu apprécié; on ne l'accueille pas toujours dans les cliniques, on le tolère à peine dans les services hospitaliers et on l'envoie le plus rapidement possible dans les hospices, où il trouve des soins appropriés à son état, mais où les recherches cliniques un peu approfondies ne sont pas de règle. Il résulte de ceci que les individus âgés sont rarement l'objet d'observations aussi poussées que les autres malades, et de là vient le manque de connaissances au sujet de la pathologie de la vieillesse.

On ne trouvera pas dans ce livre des théories sans fondements objectifs sur l'origine de la vieillesse, mais une étude des problèmes reposant sur une base contrôlable par les méthodes biologiques, susceptible d'aboutir à l'éclaircissement des importants problèmes de la pathologie sénile.

Les auteurs donneront donc une part importante à la physiopathologie de la vieillesse et ils signaleront les caractères généraux de la pathologie proprement dite de la vieillesse qui constitue une véritable introduction à l'étude des maladies des vieillards.

Sur les vieux chemins des Fontaines de Jouvence. Le Prince Impérial aux eaux de Luchon (en 1867), par Raymond Molinery et Pierre Molinery. — Une plaquette in-8° raisin, 58 pages. Editions Universitaires de Strasbourg, 1939.

En une plaquette de luxe, les auteurs publient à Strasbourg le récit du traumatisme qui provoqua une arthrite de la hanche chez celui qui en fut la victime, le petit Prince Impérial.

Au cours de l'année 1866, le jeune Prince, avec une témérité inimaginable, faisait de la voltige au trapèze dans le parc de Saint-Cloud. Une chute malencontreuse amène une tuméfaction de la hanche ; fièvre, douleur, boiterie. Intervention de Nélaton, qui, au second coup de trocart, ramène un liquide colloïde assez abondant. L'état général du petit malade se ressent de cette chute, les médecins ordonnent Luchon, et au cours de la saison de 1867, le neveu de Napoléon Ier va faire une cure aux eaux pyrénéennes.

L'établissement thermal venait d'être livré, et il était de bon ton de se rendre auprès d'une station qui avait été dénommée : la Reine des Pyrénées. Installation, ordonnance du médecin consultant, traitement, promenades, réceptions, fantasia des guides luchonais, correspondance de l'Empereur avec le précepteur de l'enfant, et enfin, départ à la guérison, tel est le schéma sur lequel MM. Raymond et Pierre Molinery ont bâti la trame de leur narration. Cette plaquette à tirage restreint, illustrée de gravures rares, sera recherchée des bibliophiles, et c'est le meilleur éloge que nous en puissions faire.

PRATIQUE MÉDICALE

Les pansements biologiques : l'huile de foie de morue accélérateur de la mitose cellulaire

(Jacques Abeille, *Thèse Paris*, 1939)

Le pansement à l'huile de foie de morue connaît un renouveau grâce à l'introduction dans l'arsenal médicamenteux de pâtes à l'huile de foie de morue et de flétan, désodorisées, permettant une application aisée. C'est un « pansement biologique », activant et régularisant la mitose cellulaire. Ce pouvoir cicatrisant remarquable de l'huile de foie de morue est dû à ses composants chimiques (iode, lécithines, soufre et, surtout phosphore) et à sa teneur en vitamines A et D, ces deux vitamines ayant un pouvoir cythophylactique et antiinfectieux très net.

Les indications majeures sont les plaies, brûlures et ulcères, particulièrement les ulcères variqueux, malgré leur tendance à l'atonie. Les cicatrices, rapidement obtenues, sont souples et de bonne qualité, n'entraînant ni gêne fonctionnelle, ni déformation inesthétique.

A côté d'elles doivent figurer également les dermatoses prurigineuses et croûteuses, les cavités osseuses des ostéomyélites et mastoïdites, les rhinites atrophiques et l'ozène, les gingivites, les métrites, vaginites et ulcérations du col, les fissures et fistules anales et les exulcérations périanales, l'érythème fessier du nourrisson, les escarres de décubitus.

Les applications de pâte à l'huile de foie de morue sont faciles et leur action peut être ainsi résumée : elles calment rapidement la douleur (pouvoir analgésien); elles enrayent l'infection secondaire (pouvoir antimicrobien) ; elles entraînent une cicatrisation rapide (pouvoir mitosique).

INFORMATIONS

(suite de la page 542)

Officiers à titre temporaire. — Une loi, en date du 22 août 1940, porte annulation à compter du 1[er] septembre 1940 des nominations et promotions d'officiers à titre temporaire. (*J. O.*, 23 août 1940).

Dissolution d'une ambulance chirurgicale. — L'ambulance auxiliaire chirurgicale lourde n° 431 (ambulance Antoine Depage) a été dissoute à la date du 1[er] juillet 1940. (*J. O.*, 30 août 1940).

Secrétariat général des anciens combattants. — M. le médecin général hors cadres Paloque a été nommé directeur du contentieux et des services médicaux au Ministère de la Défense nationale, secrétariat général des anciens combattants. (*J. O.*, 30 août 1940).

Marine. — Ont été placés dans la 2[e] section (réserve) du corps de santé de l'armée de mer : M. le médecin général de 1[re] classe Oudard ; MM. les médecins généraux de 2[e] classe Lancelin, Donval et Cazeneuve. (*J. O.*, 31 août 1940).

Conférences de l'Université. — M. le recteur Roussy a organisé une nouvelle série de conférences à la Sorbonne (Amphithéâtre Richelieu, 16 heures), vendredi 20 septembre : *Pasteur*, son esprit d'invention, par M. Pasteur Vallery Radot. — Mardi 24 septembre : *Charles Richet*, par M. Léon Binet. — Vendredi 27 septembre : *Claude Bernard*, par M. René Leriche.

Liste des laboratoires actuellement ouverts. — Voici, mise à jour, une liste remplaçant celle que nous avons publiée dans le n° du 29-31 août, page 502) :

Laboratoire de l'Aethone, Ana, Antigénines, Aubry, de l'Armanite, Adian, Astier, Aubriot, Aron, A.V.E. (Traon), Bailly, Beaufour (Romarène), 18, place Dogueread, à Dreux, Belières, Bertaut, Beytout, de Biochimie Médicale, Biolabo, Boillot, Boudin, Bouillet, Bottu, Boucard, Bouty, Brisson, Bruneau, du Bufox, Buriat, Caducia, Camuset, Cantin, Carena (Delagrange), Carlier, de la Carnine Lefrancq, Carron, Carteret, Cazé, Chaix, Chantcaud, Chantereau, Charpentier, Chauzeix, de Chimiothérapie, Choay, Clin-Comar, Condou et Lefort, Corbière, Cortial, Coudere, Couturieux, Crinex-Uvé, Cuny-Carrion, Cruet, Daguin, Daniel-Brunet, Darrasse, Dausse, Debat, Deglaude, Delalande, Denis, Depruneaux, Dernis, Deschiens, Desmoires, Douetteau, Dubois (Bd Pereire), Dubois (Prod. Bon-Secours), Ducatte, Dumesnil, Duret et Rémy, Elocine, d'Endocrinologie appliquée (Byla), de l'Endopancrine, de l'Ephédrine Béral, de l'Eranol, Eusedyl, Exibar, Famel, Fermé, Ferré, Flicotteaux, Fournier Frères à Paris, Fraisse, Fraudin, Freyssinge, Fougerat, Fumouze, Galbrun, Gallier, Génévrier, des Gloxines, Grémy, Grias, Guénot, Guerbert, Guillaumin, Guillon, Hinglais, Hoffmann-La Roche, Houdé, Houet, Iscovesco, Jolly, Juin (26, rue Saussier-Leroy, 17[e]), Krotoff, Kuhlmann, Lachartre, Laleuf, Lambarène, Lancosme, Landrin, Lavril, Laurial, Lebeault, Le Blond, Le Brun, Lecoq et Ferrand, Lejeune, Lemaître, Lematte et Boinot, Leprinee, Lescène, Leva, Lieardy, Lobica, Loiseau, J. Logeais, Longuet, Lorthioir, Lucien, Lumière, Madyl, du Magsalyl, Marinier, de la Mangaïne, Mayoly-Spindler, Merobian, de la Microlyse, Midy, Jacques Midy, Michels, Millet et Guillaumin, Miluc, Monal, Monin, Montagu, Mouneyrat, Nativelle, d'Organotechnie, Pépin et Leboucq, Peron (Roy), Pinard, Pathologie générale, Pharmacologie générale, des Pastilles Guyot, Phygiène, Pointet et Girard, Prevet (Goménol), Prigniaud, Progrès scientifique, Ranson, Réaubourg, Renard, Rivier, Robert et Carrière, Robin, Rogier, Albert Rolland, Ronchèse, du D[r] Roussel, Roux (à Malakoff), Sabatier, Sallé (Aspro), Sandoz, de la Santhéose, Scientia, des Spécialités Scientifiques E. Logeais, Specia, Sévenet, Sévigné, Sica, Sicre, Soudan, Substantia, Synthésis, Thaidelmo, Thépénier, Théraplix, Tixier, Thomas, Toraude, Troncin, Union chimique et biologique, de l'Uromil, Usines chimiques des Laboratoires français, Vanderstraeten, Vicario, Villette, Vogein, du D[r] Zizine.

Laboratoire Lesure (Analyses), Laboratoire Ginsbourg (Analyses), Laboratoire des D[rs] Gory et A. Jaubert (Analyses Biologiques), Laboratoire Delaville (Analyses), Laboratoire Demanche, Boutroux, Grimberg (Analyses), Laboratoire Hinglais (Analyses), Millet et Guillaumin (Analyses).

Etablissements Rainal (Orthopédie).

Nécrologie

Nous apprenons avec peine, la mort du D[r] Poirot-Delpech, à Paris.

Le Directeur-Gérant : D[r] François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

N[os] 59-60. — 25-28 SEPTEMBRE 1940. 113[e] ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6[e]. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6[e]) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — MUTATIONS NOUVELLES. — *Services de médecine :*

Tenon. — Consultation de médecine : D[r] Ravina.

Enfants Malades. — D[r] Stévenin, à la place de M. le D[r] Armand-Delille ; D[r] Heuyer, à la place de M. le D[r] Tixier.

Saint-Antoine. — D[r] Tinel, à la place de M. le D[r] M.-P. Weill.

Boucicaut. — D[r] Richet, à la place du D[r] Coureoux.

Cochin. — D[r] Harvier, à la place du D[r] Pinard.

Necker. — D[r] De Gennes, à la place du D[r] Jacquelin ; D[r] Decourt, à la consultation de médecine.

ERRATUM. — Dans la liste des chefs de services que nous avons publiée dans le n° 53-54 des 4-7 septembre 1940, faire la correction suivante :

Hôpital Bichat. — M. *Pasteur*-Vallery-Radot.
Hôpital Trousseau : M. *Pierre* Vallery-Radot.

Secrétariat général à la famille et à la santé. — Une loi en date du 10 septembre 1940 (*J. O.* du 11 septembre 1940), charge le secrétariat général d'établir les programmes d'assistance sociale et de coordonner l'action du personnel de l'assistance.

Par décret en date du 10 septembre 1940 (*J. O.* du 11 septembre 1940), M. le D[r] Serge Huard, chirurgien des Hôpitaux de Paris, a été nommé secrétaire général à la famille et à la santé au Ministère de l'Intérieur. Rappelons que M. Serge Huard avait été nommé, le 18 juillet, secrétaire général de la Santé publique.

Faculté de Médecine. — *Clinique de la Tuberculose.* — Hôpital Laennec, 42, rue de Sèvres. — Professeur : M. Jean TROISIER.

M. M. Bariety, agrégé, médecin des hôpitaux, et M. G. Brouet, agrégé, feront, durant le mois d'octobre 1940, quatre leçons sur :

Ce qu'il est indispensable de connaître actuellement pour le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire de l'adulte. (Avec démonstrations pratiques.)

Ces cours auront lieu le dimanche matin à 10 heures, à la salle des Cours de la Clinique de la Tuberculose (Hôpital Laennec, 42, rue de Sèvres).

Légion d'honneur. — GUERRE. — Sont inscrits pour le grade de *Chevalier :* les médecins commandants Odend'Hal, Labbe, Duffaut, Huchon, Freville, Mazurier, Quecinnec, Maury, Cauvin, Dumas (J.-M.), Palud, Basile-Castarède, Lavergne, Blanc (F.-C.), Membrat, Segalen, Basson, Garcin (G.-R.), Broband, Boulnois, Mondain, Fabre, Bigot, Dumas (Y.-E.), Augène. (*J. O.*, 9 septembre 1940.)

Est inscrit pour *chevalier* : M. Bigonnet Jean-Camille-Frédéric, médecin lieutenant : « Officier du service de santé d'une conscience et d'un moral hors de pair. Grièvement blessé dans la nuit du 22 au 23 mai 1940, alors que, sous un violent bombardement, il organisait un poste de secours et prodiguait des soins aux blessés. Amputé de la jambe droite. » *Croix de guerre avec palme.* (*J. O.*, 14 septembre 1940.)

Réorganisation du Ministère de la Guerre. — Un arrêté en date du 6 juillet 1940 a modifié la répartition des directions au Ministère de la Guerre. (*J. O.*, 9 juillet 1940.)

Il y a cinq directions d'armes : infanterie ; cavalerie et train ; artillerie ; génie ; troupes coloniales.

Les directions de services sont au nombre de quatre : personnel civil et chancellerie ; intendance ; service de santé ; contentieux, justice militaire et gendarmerie.

La direction du service de santé est placée sous les ordres d'un médecin-général ou d'un médecin-colonel, elle comprend : un cabinet ; un bureau du personnel ; un bureau du matériel.

Guerre. — Ont été promus au grade de médecin-général, MM. les médecins-colonels : Junquet et Liégeois.

M. le médecin-général Liégeois a été nommé directeur du service de santé au Ministère de la Guerre, en remplacement de M. le médecin-général Fontan pourvu d'un autre emploi. (*J. O.*, 10 juillet 1940.)

Cadre de réserve. — M. le médecin général Worms, directeur du service de santé de la 7e région a été placé, à compter du 8 septembre 1940, dans la 2e section (réserve) du corps de santé militaire. (*J. O.*, 9 septembre 1940.)

M. le médecin-général Gravellat, des troupes coloniales, a été placé, par anticipation pour raisons de santé, dans la 2e section (réserve) du corps de santé militaire des troupes coloniales. (*J. O.* 11 juillet 1940.)

M. le lieutenant de réserve d'infanterie coloniale titulaire du diplôme de docteur en médecine Benoît (Pierre-Samuel), région de Paris, a été nommé au grade de médecin sous-lieutenant.

Ont été nommés au grade de médecin sous-lieutenant : MM. les médecins auxiliaires Danset, Halsdorf, Crépin, Artières, Cayro, L'Herbier, Titecat, Garnier, Brenet, Faidide, Nicaudie et Guillaume. (*J. O.*, 9 juillet 1940.)

M. le médecin lieutenant-colonel Bonneau, des troupes coloniales, a été promu au grade de médecin-colonel. (*J. O.*, 13 septembre 1940.)

Loi concernant l'avancement des prisonniers de guerre. — Une loi, en date du 5 septembre 1940, dispose que les militaires de tous grades, prisonniers de guerre, conservent leurs droits à l'avancement, soit à l'ancienneté, soit au choix. Toutefois, chaque cas individuel fera l'objet d'une décision du Secrétaire d'Etat à la guerre, cette décision étant prise après rapatriement. Les avancements seront concédés avec effet rétroactif, en fixant les dates de promotion ainsi rappelées, comme si les intéressés avaient bénéficié d'un avancement normal. (*J. O.*, 9 septembre 1940.)

Défense passive. — Le *J. O.* du 5 septembre 1940 publie un arrêté portant application du décret du 30 janvier 1939 sur l'organisation générale du service de la défense passive sur le territoire national. Cet arrêté vise les pensions d'invalidité, les droits des veuves, des orphelins et des ascendants et les soins médicaux.

Marine. — A été promu au grade de médecin-général de 1re classe dans la 2e section des officiers généraux de l'armée de mer : M. le médecin général de 2e classe Lancelin, de la 2e section du cadre des officiers généraux de l'armée de mer.

Ministère de la famille et de la jeunesse. — Les industriels désireux d'assurer la fourniture des produits antisyphilitiques aux dispensaires dépendant du Ministère de la famille et de la jeunesse sont priés d'adresser leur demande à M. le Ministre de la famille et de la jeunesse, rue de Tilsitt (Service de prophylaxie des maladies vénériennes) et d'envoyer des échantillons aux Laboratoires de Contrôle de l'Académie de Médecine, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (15e).

Ces formalités devront être effectuées avant le 15 octobre 1940.

La Société de Pathologie comparée (reconnue d'utilité publique), reprendra ses travaux le mardi 8 octobre 1940, à 16 h. 30, à la Faculté de Médecine, salle de Thèses n° 2. Les autres séances auront lieu, comme toujours, le deuxième mardi de chaque mois.

Pour tous renseignements, inscription à l'ordre du jour, etc., s'adresser au Secrétaire général : Dr Grollet, 7, rue Gustave-Nadaud, Paris (16e). T. Roc. 35-19.

Nécrologie

Nous avons le regret d'apprendre le décès de Mlle Germaine Dreyfus-Sée, ancien interne des Hôpitaux de Paris (n° 1 de la promotion 1924), chef de clinique à la Faculté de Médecine, assistant à la Salpêtrière.

Hygiène alimentaire des enfants

Le Comité National de l'Enfance communique :

« En présence des difficultés présentes dans l'approvisionnement en laits frais et de conserve, en sucre et en farines pour les enfants en bas âge, il y a lieu de demander aux médecins, aux mères, aux directeurs ou directrices d'œuvres, aux assistantes sociales, à tous ceux ou celles qui ont la charge de l'Enfance, de se souvenir des prescriptions suivantes que le Comité National croit devoir rappeler :

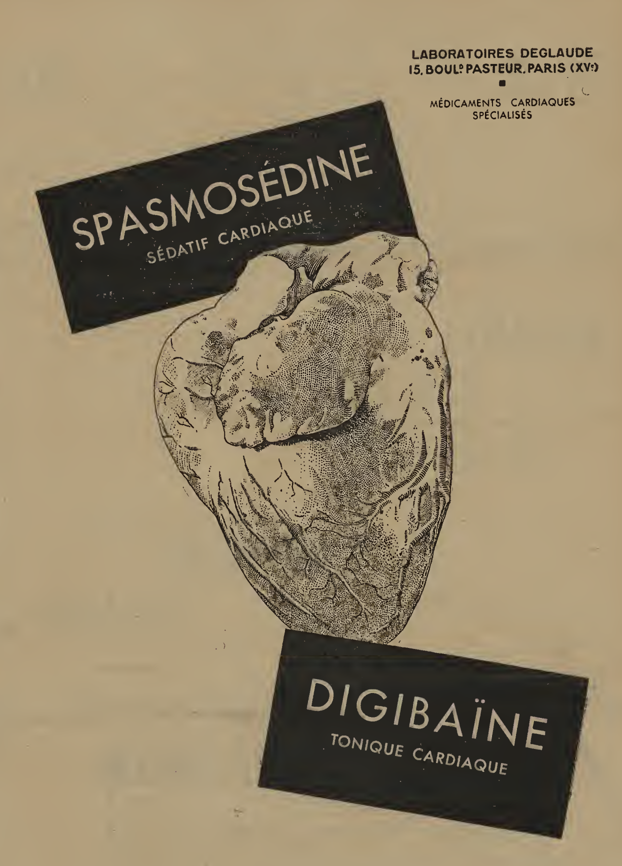
I. — Il faut plus que jamais et pour des raisons de sauvegarde des tout petits encourager et favoriser l'*allaitement maternel* qui est le moyen le plus facile, le plus sûr, le plus économique de nourrir l'enfant pendant les premiers mois de la vie. Les circonstances dans lesquelles se sont trouvées cet été nombre de mères apportent à cette manière de voir une confirmation trop souvent dramatique.

II. — Il faut prescrire le plus possible l'*alimentation par le lait frais* toutes les fois qu'il est propre et sain, de préférence aux laits condensés ou en poudre qui doivent être réservés aux enfants présentant des troubles gastro-intestinaux ou une nutrition déficiente. Les stocks existants de laits spécialisés imposent que ceux-ci soient réservés aux prescriptions médicales pour les enfants qui en ont vraiment besoin.

III. — Il faut maintenir le moins longtemps possible l'*alimentation lactée absolue* et donner de bonne heure, dès le sixième mois, des farines simples de froment, de riz, d'arrow-root, fécule d'avoine, de maïs, d'orge ou de farines composées ou diastasées ; de la fécule de pomme de terre, des semoules (tapioca, etc...), de la farine de lentilles (Marfan), des purées liquides de pommes de terre associées précocement à des légumes verts : chicorée, laitue, épinards, sans oublier les jus de fruits (tomates, carottes, raisins, pommes fraîches et rapées, miel, etc...). L'expérience a montré que cette extension précoce du régime est profitable aux enfants.

IV. — *Les régimes de suppléance* chez le nourrisson : régimes hydrocarbonés (eau de riz, eau d'orge, bouillies au bouillon de légumes, décoction de céréales, bouillies de farines maltosées), régimes albuminoïdes (lait fermenté, lait caillé, képhir, lait albumineux, fromage frais, caséine sèche), et les régimes mixtes hydrocarbonés ne doivent être prescrits et suivis que sur les conseils des médecins, car s'ils sont exclusifs, mal à propos ou indûment prolongés, ils exposent l'enfant à de graves troubles de nutrition.

V. — Il faut obtenir un régime systématique et organisé, adapté à l'enfant au sein de la famille et économiquement supportable pour celle-ci, et ceci sera surtout vrai pour les enfants plus âgés de 2 à 6 ans. Il faut se souvenir qu'à cette période l'enfant a besoin d'une ration de rapide croissance comportant une quantité d'albumine nécessaire (œufs, viande, jambon, poissons, fromages, etc...) ».


LABORATOIRES DEGLAUDE
15, BOULD PASTEUR, PARIS (XVe)
MÉDICAMENTS CARDIAQUES
SPÉCIALISÉS
SPASMOSÉDINE
SÉDATIF CARDIAQUE
DIGIBAÏNE
TONIQUE CARDIAQUE
2 médicaments cardiaques essentiels

Revue Générale

LES ACCIDENTS PROVOQUÉS PAR LES SULFAMIDES [1]

par M. Robert Worms
Médecin des Hôpitaux de Paris

(Suite et fin)

PATHOGENIE.

Nous serons brefs sur ce chapitre. Les problèmes que pose la pathogénie sont ceux-là mêmes dont les accidents des diverses chimiothérapies ont été l'objet, au prix des discussions ardentes que l'on sait. Partisans de l'intoxication et partisans de l'intolérance trouveront sans doute ici l'occasion de s'affronter à nouveau.

A vrai dire, les divers composés organo-soufrés semblent doués d'une faible *toxicité*, au sens étroit du terme. Du moins, expérimentalement, a-t-on pu donner à l'animal (souris, cobaye, chien) des doses relativement élevées de médicament, sans provoquer de troubles (o gr. 50 de sulfamido-chrysoïdine par kilo de poids corporel, Domagk ; 1 gr. 50 de 1162 F, Fourneau).

Mais nous savons qu'il faut compter avec les réactions propres à chaque individu, et ce sont ces réactions qu'on désigne sous le nom d'*intolérance*, quand elles prennent un aspect pathologique, pour des doses de médicament inférieures aux doses réputées nocives.

A fortiori, est-ce l'intolérance qui peut être mise en cause, lorsque les accidents s'observent au cours d'un traitement discontinu. Nous en avons donné plus haut des exemples cliniques. Nous rappellerons que Nitti et Bovet ont réalisé expérimentalement cet état de *sensibilisation* qui prépare l'éclosion d'accidents plus graves ; ils l'ont créé chez le cobaye par des injections intra-dermiques quotidiennes de dérivés azoïques ; après qu'on a laissé l'animal au repos pendant quelques jours, une nouvelle injection détermine un phénomène d'Arthus gangréneux.

Mais une telle interprétation ne s'applique qu'à quelques cas particuliers. Le plus souvent c'est par une analyse soigneuse des conditions d'apparition des accidents, de la durée du traitement en cours, de la posologie utilisée, que l'on décidera en faveur de l'une plutôt que de l'autre pathogénie.

Si l'on a ainsi débattu, dans son ensemble, la nature même des accidents de la sulfamidothérapie, le *mécanisme pathogénique* de chaque accident, considéré en particulier, a prêté également à la discussion de diverses hypothèses.

L'origine de la *cyanose* a notamment retenu l'attention (Discombe, Paton et Eaton).

Pour un certain nombre d'auteurs, la cyanose serait liée à la méthémoglobinémie. Ce serait là le véritable effet toxique du sulfamide, agissant par sa fonction amine, pour contribuer à fixer de façon stable l'oxygène sur l'hémoglobine, ainsi que le font l'alinine, l'acétaniline, et d'autres poisons méthémoglobinisants. Ajoutons que, pour Gley, le blocage de la fonction amine par la liaison azoïque expliquerait précisément l'absence de cyanose, au cours des traitements par la sulfamido-chrysoïdine.

Dans d'autres cas de cyanose, l'examen spectroscopique du sang a révélé la raie d'absorption, non pas de la méthémoglobine, mais de la sulfhémoglobine. Celle-ci se produirait en présence de composés sulfurés, et quelques auteurs incriminent le rôle de l'hydrogène sulfuré d'origine intestinale ; de fait, dans les cas où la sulfhémoglobinémie a été mise en évidence, le malade avait absorbé, en même temps que le sulfamide, des purgatifs salins responsables du dégagement excessif d'hydrogène sulfuré dans l'intestin (Archer et Discombe).

C'est sur la fréquence de ces modifications sanguines que l'on a surtout discuté. Dubost et Durel ont montré que si l'on pratique l'examen du sang immédiatement après son prélèvement (afin d'éviter la disparition spontanée du pigment *in vitro*) et que l'on emploie un procédé de recherche suffisamment sensible, la méthémoglobine est trouvée de façon constante, au cours de la cyanose sulfamidée.

D'autres auteurs, frappés au contraire de la rareté de cette constatation, frappés aussi de voir dans certains cas la cyanose diminuer malgré la poursuite du traitement, avaient invoqué d'autres facteurs. Ottenberg et Fox pensent qu'un dérivé coloré peut se former à partir du sulfamide et modifier la teinte des hématies ; en exposant aux rayons ultra-violets un mélange de sulfamide dilué et de sang, ils ont observé un virage de la coloration de celui-ci. Mais la substance dérivée des sulfamides, qui aurait ce pouvoir, reste hypothétique.

Signalons enfin l'opinion de Milian, pour lequel la cyanose représenterait un phénomène vaso-paralytique, témoin d'une intoxication du système sympathique par le sulfamide, une sorte de « crise nitritoïde chronique ». Cet auteur cite le cas d'un malade atteint de cyanose au cours d'une cure sulfamidée ; sous les yeux du médecin la cyanose augmenta un jour d'une manière considérable, et le malade mourut rapidement, comme dans un œdème pulmonaire.

PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT.

A. — Quelques règles prophylactiques peuvent être aujourd'hui édictées.

1° Le médicament. Nous avons signalé plus haut l'innocuité habituelle des composés azoïques (Rubiazol) et des composés benzylés (Septazine).

Mais ces composés sont loin de posséder la remarquable polyvalence d'activité du 1162 F. S'ils conservent leur place dans le traitement de certaines streptococcies, et notamment de l'érysipèle, on doit savoir qu'ils se montrent, ou très peu actifs, ou totalement inactifs, à l'égard du pneumocoque, du gonocoque, du méningocoque. Dans le traitement des graves infections où ces germes sont en cause, on ne saurait donc utiliser indifféremment — et sur la foi de quelques affirmations publicitaires — les différents composés organo-soufrés. C'est au 1162 F, ou à son dérivé pyridiné, le 693, qu'il convient de s'adresser exclusivement, en dépit des risques plus grands d'incidents que leur emploi présente.

2° Les doses. *Dans la pratique habituelle, il est bon de ne pas dépasser la dose quotidienne de 5 grammes de 1162 F ou de 693 ; de ne pas poursuivre une cure plus de quinze jours, et de limiter à 60 grammes la dose totale du médicament.* Nous répétons qu'*en cas d'infection grave, une telle règle peut et doit être transgressée.*

Nous avons indiqué plus haut que l'imperméabilité rénale était un facteur important de rétention du médicament dans l'organisme. C'est dire que chez le vieillard, on évitera les doses quotidiennes élevées, le chiffre de o gr. 10 par kilo de poids corporel est un maximum qu'il ne faut pas dépasser et qu'il convient souvent de réduire. Chez l'enfant au contraire, les fortes doses de o gr. 20, o gr. 30, voir même o gr. 40 de 1162 F par kilo sont bien supportées, et souvent nécessaires, au cas de méningite suppurée par exemple, pour obtenir une concentration élevée de sulfamide dans le liquide céphalo-rachidien.

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux*, 1940, nos 57-58.

3° Le mode d'administration.

La voie digestive est la plus couramment utilisée.

Il est important de fractionner la dose quotidienne. Les sulfamides sont rapidement absorbés par l'intestin, diffusent rapidement et sont rapidement éliminés ; on assurera ainsi une imprégnation continue de l'organisme. Si la dose quotidienne a été par exemple fixée à 4 grammes, le malade recevra toutes les trois heures un comprimé de 0 gr. 50.

L'administration simultanée de bicarbonate de soude semble avoir l'avantage de combattre les troubles gastriques, et aussi de prévenir l'acidose. Nous donnons habituellement à nos malades, dans les vingt-quatre heures, un litre d'eau contenant 4 ou 6 grammes de bicarbonate, dont ils absorbent un verre avec chaque prise médicamenteuse.

On veillera d'ailleurs à prescrire des boissons abondantes. Au cours des infections graves, réclamant des doses médicamenteuses élevées, et où la tolérance gastrique est indispensable à la poursuite de la cure, nous nous sommes bien trouvé d'ordonner un régime lacto-fruitarien rigoureux. Il faut également assurer l'évacuation régulière de l'intestin, non point, comme nous allons y revenir, en recourant aux purgatifs salins, mais si besoin est, par l'usage d'huile de paraffine et de lavages intestinaux.

Certains auteurs préconisent en outre l'administration, à titre préventif, de protoxalate de fer (Durel) ; d'acide ascorbique ; d'acide nicotinique (à la dose de 5 centigr., trois fois par jour, qui auraient à l'égard de l'asthénie, un remarquable pouvoir de protection (Mac Ginty, Lewis et Holtzclaw) ; et surtout d'extraits hépatiques injectables (Fernet). Expérimentalement, sous l'influence de cette dernière médication, la souris supporterait des doses de sulfamides allant jusqu'au double de la dose mortelle pour le témoin (Jaubert et Motz). De telles mesures thérapeutiques trouvent utilement leur place au cours des traitements prolongés.

Les injections *intra-musculaires* ou *intra-veineuses* de solution à 6 % de 40 R. P., les injections intra-musculaires profondes de solution à 33 % de 693, les injections intraveineuses de solution à 5 ou à 2 % de ce produit, paraissent bien tolérées. Mais la rapidité de diffusion du médicament introduit par la voie buccale, dispense habituellement d'y recourir, sinon au cours des états comateux ou au cas de vomissements incoercibles.

Il n'en est pas de même des *injections intra-rachidiennes*, dont l'emploi, au cours des méningites purulentes à streptocoques, à pneumocoques, à méningocoques, tend à se généraliser.

Ici une *distinction capitale s'impose*.

L'injection intra-rachidienne de la solution à 6 % de 40 R. P. (Soluseptazine) et surtout de la solution à 33 % de 693 (Solu-dagenan), même diluée au tiers comme il a été recommandé, doit être proscrite de la façon la plus formelle. Mme Bertrand-Fontaine et Schneider avaient rapporté il y a quelques mois, une observation de paraplégie consécutive à l'emploi de cette dernière solution. Plusieurs cas semblables ont été signalés depuis lors. Il semble qu'il faille incriminer, à l'origine de ces accidents médullaires, le solvant sodé, à pH élevé, utilisé dans la composition du médicament.

Les solutions diluées à 0,85 % de 1162 F (Septoplix injectable) ne présentent pas ce danger. On les utilisera — à l'exclusion des préparations précédentes — dans les cas de méningites, où la voie intra-rachidienne paraît commandée ou par la gravité du cas, ou par la mise en œuvre tardive de la thérapeutique. A notre connaissance, aucun accident ne leur a été imputé.

Un dernier mode d'administration des sulfamides vient d'être préconisé aux Etats-Unis par Jensen, Srud et Nelson, qui ont traité des fractures ouvertes par la suture primitive, précédée de l'*inclusion*, au niveau du foyer de fracture, de sulfamides cristallisés. Cette méthode, on le sait, a été accueillie aves la plus grande faveur et préconisée dans le traitement des plaies de guerre. Nous n'insisterons pas sur les résultats obtenus, pour signaler seulement que, parmi les 39 blessés ainsi traités, aucun accident toxique n'a été observé, malgré la dose élevée de sulfamides inclus (10 à 20 grammes). Nitti a repris expérimentalement l'étude de la question. Il a montré que le sulfamide, en application locale, diffuse dans l'organisme de façon lente, progressive et prolongée : sans doute ces caractères de la diffusion assurent-ils la bonne tolérance.

4° Les incompatibilités médicamenteuses.

On proscrira avant tout les *sulfates* (sulfate de soude, sulfate de magnésie), dont l'intervention, nous l'avons vu, a été invoquée à l'origine de la sulfhémoglobinémie. Certains auteurs vont même jusqu'à recommander la suppression des aliments contenant du soufre (œufs, champignons).

Les médications susceptibles de troubler l'hématopoïèse, et qui risquent ainsi d'ajouter leur action nocive à l'action éventuelle des sulfamides, seront de même proscrits : ainsi les *sels d'or*, l'*arsenic*, les sels injectables de *bismuth*, le *pyramidon*, l'*antipyrine*. Jaubert et Motz ajoutent à cette liste l'*aspirine*, qui, expérimentalement, augmenterait, même employée à dose minime, la nocivité des organo-soufrés.

Par contre, il est loisible d'associer à la cure de sulfamides, les tonicardiaques, les analeptiques cardio-vasculaires ou cardio-respiratoires, les produits opothérapiques, enfin les sérums thérapeutiques. Solution diluée de sulfamide et sérum pourraient même, le cas échéant, être injectés simultanément dans la cavité rachidienne (René Martin).

5° La surveillance du malade.

Durant toute la durée du traitement, le malade restera soumis à la surveillance du médecin. Ce dernier saura dépister les petits signes d'intolérance. L'apparition de troubles digestifs ou d'asthénie conduira à réduire les doses. La cyanose impose la même conduite. Si malgré la réduction prescrite, les troubles persistent ou s'aggravent, s'il apparaît une fatigue inusitée, de la céphalée, des vertiges, il sera bon — *à moins que la gravité du cas n'exige de passer outre* — de suspendre la médication. Un problème délicat est celui que pose, au cours des pyrexies, la re-ascension de la température, quand celle-ci s'était abaissée sous l'influence du traitement. S'agit-il d'une fièvre d'intolérance ou d'une complication de la maladie elle-même? Un examen clinique attentif permettra, le plus souvent, d'en décider. Nous avons vu ainsi, à plusieurs reprises, dans le cours de méningites cérébro-spinales en voie de guérison, un clocher thermique s'inscrire sur la courbe, le huitième jour de la cure, mais être jugé, dès le lendemain, par l'éclosion d'une éruption médicamenteuse.

Mais c'est à dépister les *troubles sanguins* qu'il faut, avant tout, porter son attention. Il doit être de règle, lorsque un traitement sulfamidé se prolonge, de suivre la *formule sanguine*. Une numération sera pratiquée, le huitième ou le dixième jour de la cure, et répétée, à des intervalles variables, selon les résultats du premier examen, et la posologie utilisée.

Nous croyons bon également de surveiller l'azotémie au cours des cures prolongées.

Pour terminer, nous devons nous demander si les sulfamides peuvent être prescrits en *traitements ambulatoires*.

Une telle formule a été appliquée à la cure de la blennorragie. Nombre de vénérologues y ont eu recours, sans avoir observé, de ce fait, un nombre inusité d'incidents thérapeutiques. Durel fait toutefois remarquer, que les malades qui continuent à se livrer à des occupations fatigantes, supportent moins bien le traitement que les malades couchés.

Nous croyons, pour notre part, qu'il y a lieu d'imposer un *repos complet* — voire le séjour au lit — au cours du traitement. Sans compter que l'on diminuera ainsi, selon la remarque de Durel, le nombre des incidents d'intolérance, il n'est pas d'autre moyen d'exercer une surveillance effective.

Dans la pratique médico-militaire actuelle, la question n'est pas sans importance. Une circulaire récente, tout en préconisant l'usage des sulfamides, recommandait de soigner, à leur corps, les hommes atteints d'uréthrite gonococcique. Il nous semble qu'il y aura lieu de bien préciser les conditions de la mise en œuvre de ce traitement, et les précautions à prendre, si l'on veut, surtout dans le cas éventuel de sujets en état de moindre résistance, éviter de graves déboires.

B. — Traitement curatif.

Les incidents de gravité moyenne guérissent aisément, en règle générale, si l'on suspend la médication ou que, simplement, l'on diminue les doses.

Les *troubles digestifs* cèdent à l'administration de bicarbonate de soude, ou de teinture de belladone.

Les *anémies* légères, les granulocytopénies relatives, qui ne sont pas exceptionnelles après les cures de longue durée, se réparent de façon rapide, sous l'influence des extraits hépatiques injectables. Nous l'avons récemment vérifié chez plusieurs convalescents de méningite cérébro-spinale, qui venaient de recevoir des doses élevées de sulfamides. En dix jours, le chiffre des hématies, abaissé aux environs de 3.500.000, était remonté à la normale, et l'équilibre leucocytaire rétabli.

Au cas, fort rare, d'anémie grave, les transfusions sanguines ont été utilisées avec succès.

C'est à la transfusion aussi que l'on aura recours dans l'agranulocytose, en y ajoutant des injections de nucléotide de pentose. Mais les cas suivis de guérison restent l'exception.

L'apparition de *troubles nerveux* commanderait la mise en œuvre de la vitaminothérapie, par la vitamine B 1.

La *cyanose*, enfin, demande rarement un traitement spécial, puisqu'il n'est, nous l'avons dit, que d'interrompre le traitement pour la voir se dissiper. Deviendrait-elle alarmante par son intensité ou sa persistante? on ferait appel aux inhalations d'oxygène, efficaces si la méthémoglobinémie est en cause. La sulfhémoglobinémie serait justiciable des injections glucosées intra-veineuses, ou des transfusions sanguines. Signalons l'observation de Germain, Gautron et Morand, qui ont vu disparaître une cyanose importante, sous le simple effet de l'adrénaline, administrée *per os*, semblant ainsi donner confirmation à l'hypothèse de Milian sur la pathogénie de ce trouble.

Nous venons de passer en revue les divers accidents imputables à la médication sulfamidée.

Quelles *CONCLUSIONS* devons-nous en tirer?

L'éventualité de ces accidents est-elle de nature à limiter la mise en œuvre de la sulfamidothérapie?

Une première remarque s'impose, dont nous avons souligné, plus haut, l'importance :

Ces accidents, dans l'ensemble, sont rares ;

La plupart sont bénins, incidents plus qu'accidents proprement dits ;

Les accidents graves, ou même mortels, peuvent être considérés, à la lumière de l'expérience acquise depuis cinq ans, comme exceptionnels (1).

Dans ces conditions, il convient, avant tout, de distinguer *selon les cas cliniques*, et de proportionner le risque à la gravité de la maladie en cause.

Dans les affections graves, les accidents de la sulfamidothérapie doivent être tenus pour négligeables. Au cours d'une méningite cérébro-spinale, d'une méningite à streptocoques, d'une pneumonie sévère, les éclatants succès, que l'on doit aux sulfamides, ne laissent place à aucune hésitation, et même l'apparition de troubles digestifs, de cyanose, d'une déglobulisation légère, la coexistence d'une hyper-azotémie, ne feront pas interrompre la médication.

Si l'on considère, en second lieu, le *traitement de la blennorragie*, on peut juger que celle-ci représente une affection assez sérieuse par ses conséquences, pour justifier l'emploi d'un traitement qui comporterait quelques risques. Toutefois, dans ce cas, les signes d'intolérance doivent peser d'un plus grand poids sur la décision thérapeutique, que dans le cas précédent ; ils pourront représenter ici une contre-indication à la poursuite de la cure.

La *prophylaxie de l'infection des plaies de guerre* mérite qu'on s'y arrête. Nous savons quels beaux résultats expérimentaux la sulfamidothérapie locale vient de fournir dans ce domaine. Mais la pratique nous manque, pour juger de la tolérance, à l'égard des sulfamides, de sujets, qui pourront être surmenés, hypotendus, anémiés par une perte sanguine, parfois à peine remis d'un état de choc. Dans la période actuelle, où cette nouvelle application thérapeutique attend encore les règles précises qui présideront à son emploi, il conviendra de surveiller, avec une attention particulière, les blessés qu'on y soumettra.

Il nous reste à envisager les indications des sulfamides au cours des *infections bénignes*. On sait combien — sur prescription médicale, ou de la propre initiative des patients — cette médication tend à se répandre dans le traitement des simples coryzas, des angines communes, des rhino-pharyngites, de ces épisodes fébriles qualifiés de grippe saisonnière. Certains y font systématiquement appel dès le début de toutes les fièvres éruptives, avec l'idée de prévenir leurs complications éventuelles. Il n'est pas jusqu'à la prophylaxie des infections les plus banales, qui n'en paraisse justiciable.

Cet usage est-il légitime? Nous ne le pensons pas.

D'une part, l'activité de la sulfamidothérapie semble, en de pareils cas, douteuse, ou, du moins, le pronostic favorable, qui s'attache à l'évolution spontanée de telles affections, ne permet guère de mettre cette activité à l'épreuve. D'autre part, l'apparition d'accidents thérapeutiques prendrait ici — est-il besoin d'y insister? — une tout autre importance que dans les cas précédemment étudiés.

Gardons-nous des abus, ou du gaspillage. Ce n'est pas diminuer la valeur d'une médication, que d'en vouloir réserver l'emploi aux affections sévères, où elle a fourni la preuve de sa remarquable efficacité.

NOTA. — Depuis la rédaction de cet article, une discussion a été ouverte, à la Société Médicale des Hôpitaux (séances du 5 et du 12 avril), sur le traitement de la méningite cérébro-spinale par les sulfamides.

Des communications de ceux qui ont apporté le résultat de leur expérience, il ressort que les incidents thérapeutiques se sont réduits, avec un caractère constant de béni-

(1) Nous rappellerons que les accidents mortels observés à l'hôpital de Tulsa, après absorption d'un elixir de sulfanilamide, étaient dus, non pas à ce dernier produit, mais au solvant employé : le di-éthylène-glycol, dont l'enquête a révélé la haute toxicité.

gnité, à l'apparition de cyanose, de troubles digestifs, d'un exanthème ou d'une anémie légère.

Nous venons, pour notre part, de traiter 22 cas de méningite méningococcique (auxquels s'ajoutent 5 cas de méningite purulente, dont l'origine n'a pu être démontrée bactériologiquement, mais qui ressortissaient vraisemblablement à cette étiologie), et nous avons, de même, été frappés par la tolérance de nos malades à l'égard de doses élevées de sulfamide. Nous avons signalé, ci-dessus, en notes, les quelques troubles sans gravité, que nous avons observés. Nous ajouterons qu'aucun de nos malades, bien que soumis, pour la plupart, à un traitement par le 693, n'a vomi, sinon accidentellement. Le régime lacto-fruitarien longtemps poursuivi, le fractionnement rigoureux des doses, l'administration simultanée du bicarbonate de soude, ont contribué peut-être à assurer cette tolérance digestive, pour le moins inattendue, chez des méningitiques.

L'importance d'une autre mesure de précaution a été, à nouveau, soulignée. Au cas d'imperméabilité rénale, accidentelle, ou liée à l'âge du malade, le taux des sulfamides s'élève rapidement dans les humeurs, d'où la nécessité de surveiller, en pareil cas, par des dosages réguliers, le taux de concentration sanguine ou rachidienne, et l'élimination urinaire du médicament.

Enfin, tous les auteurs se sont accordés à insister sur les graves dangers que présentent les injections intra-rachidiennes de solutions de 693, solutions réservées aux seules injections intra-musculaires. Alors que les solutions diluées de 1162 F à 0,8 % semblent douées d'une parfaite innocuité, de nouvelles observations de paraplégie durable, consécutives à l'emploi de solutions concentrées du dérivé pyridiné ont été rapportées (Luigi, Lemierre, etc.), à telle enseigne que la Société a jugé utile d'émettre le vœu suivant : « La Société Médicale des Hôpitaux rappelle que les injections intra-rachidiennes de Solu-Dagenan provoquent des paraplégies souvent incurables et même mortelles, et qu'il faut, de toute nécessité, s'abstenir de ces injections intra-rachidiennes ».

BIBLIOGRAPHIE

Les circonstances ne nous permettent pas d'établir la bibliographie complète de la question. Elle comporterait d'ailleurs un très grand nombre de publications, tant françaises qu'étrangères.

On trouvera la liste de la plupart des travaux antérieurs à 1938 dans les articles suivants :

Harvier et Perrault. Etat présent de la Chimiothérapie antibactérienne par les produits sulfamidés. *Paris Médical*, 11 décembre 1937, p. 465.

Ravina. Indications et accidents du para-amino-phényl-sulfamide (Mouvement Médical). *La Presse Médicale*, 2 mars 1938, p. 332.

René Martin et Delaunay. Incidents et accidents de la thérapeutique par les dérivés organiques du soufre. *Annales Médico-Chirurgicales*, 15 mars 1938, p. 105.

Parmi les publications plus récentes, nous citerons :

E. Fourneau. L'antisepsie interne des maladies microbiennes par des dérivés du soufre. Quelques notions d'ordre chimique. *Gaz. Hôp.*, n° 34, 29 avril 1939.

R. Tiffeneau. Sulfamidothérapie. Posologie et conduite du traitement. *Ibid.*

L. Babonneix. Les sulfamides en médecine infantile. *Ibid.*

R. Gouverneur, A. Jaubert et Ch. Motz. Etat actuel du traitement de la blennorragie par les sulfamides. *Ibid.*

V. le Lorier. Mon expérience de la sulfamidothérapie préventive à la Maternité de Port-Royal. *Ibid.*

R. Levent. Les accidents du traitement sulfamidé. *Ibid.*

L. Babonneix. Ce qu'il faut savoir des sulfamides. *Gaz. Hôp.*, nos 33-34, 24-27 avril 1940.

Bénard, Merklen et Péquignot. Septicémie pneumococcique mortelle, avec irido-choroïdite...; Essai de traitement par l'a-para-amino-phényl-sulfamido-pyridine à très fortes doses, déglobulisation massive consécutive. *Société Médicale des Hôpitaux*, 3 mars 1939, p. 336.

Mme Bertrand, Fontaine et Schneider. Méningite à pneumocoques traitée par le 693. Mort après 7 semaines d'évolution. *Ibid.*, 9 juin 1939, p. 932.

Besnoit et Grupper. Vingt-cinq cas de pneumopathies aiguës graves, traitées par un dérivé soluble de la sulfamide, le 109 M. *Ibid.*, 3 mars 1939, p. 393.

Cline. Acute yellow atrophy of the liver due to sulfamide. *J. A. M. A.*, 24 décembre 1938.

Dubost et Durel. Pathogénie de la cyanose observée au cours de la chimiothérapie antibactérienne par les dérivés organiques du soufre. *Annales de Médecine*, juin 1939, p. 56.

Durel. L'a-para-amino-phényl-sulfamido-pyridine dans la gonococcie. *Société Médicale des Hôpitaux*, 28 octobre 1938, p. 1531.

Germain, Gautron et Morand. A propos de la cyanose observée au cours de la sulfamidothérapie. *Ibid.*, 24 nov. 1939, p. 1347.

Janet. *Congrès d'urologie*, 22 octobre 1938.

Jaubert et Motz. Sulfamidothérapie. Constatations cliniques et expérimentales. *Presse Médicale*, 1939, p. 1337, N° 72.

Jensen Srud et Nelson. *Surgery*, juillet 1939 (in : Ravina. *Presse Médicale*, 1939, nos 81-82).

Lagrange et Laudat. Myopie spasmodique transitoire, accident de la médication organique soufrée. *Société Médicale des Hôpitaux*, 2 juin 1939, p. 883.

Levaditi, Bréchot, Tournay et Mme Gérard Moissonnier. Les plaies de guerre contaminées de streptocoques, et leur chimiothérapie. Académie de Médecine, 23 janvier 1940.

Loveman et Simon. Eruption fixe et stomatite due à la sulfanilamide. *Arch. of Derm. et Syphil.*, juillet 1939, p. 29.

Mac Ginty-Lewis et Holtzclaw. Symptôms occuring with sulfanilamide relieved by nicotinic acid. *Georgia Medical assoc. Journal*, février 1939, p. 54.

Martin, Panthier, Nouaille et Mlle Hamond. Discussion sur l'intérêt des injections de sulfamide par voie rachidienne dans le traitement des méningites purulentes. *Presse Médicale*, 31 janvier 1940, p. 101.

Mergelsberg et Grumer. Un cas de mort après l'Uliron. *Derm. Wochenschr*, n° 28, 9 juillet 1938.

Milian. *Société Médicale des Hôpitaux*, 24 mars 1939, p. 552.

Myrhe. Agranulocytose consécutive à l'usage de sulfamides. *Acta Médica Scandinavica*, 26 avril 1939.

Nitti. Elimination du para-amino-phényl-sulfamide appliqué dans les plaies. Action protectrice antimicrobienne. Académie de Médecine, 21 novembre 1939.

Nitti et Bovet. Recherches expérimentales sur les phénomènes allergiques provoquées par la sulfamido-chysoïdine. *Revue d'Immunologie*, septembre 1936, p. 460.

Ottenberg et Fox. *Proc. soc. exper. Biol. a med.* 1938, T. 38, p. 479.

Palazzoli, Nitti, Bovet et Lewinson. *Soc. Biol.*, 21 mai 1938.

Pautrier, Woringer, Boy et Laugier. *Soc. Dermat.*, 16 juin 1938.

Price et Myers. Le traitement de la pneumonie pneumococcique par la sulfanilamide. *J. A. M. A.*, 18 mars 1939, p. 1022.

Rathery, Duperrat et Maschas. Anurie et infarctus tubaire après injections de sulfamide. *Société Médicale des Hôpitaux*, 24 mars 1939, p. 543.


UNE CURE
IODÉE
XX GOUTTES AVANT
CHAQUE REPAS
IODONUCLÉOL
SANS DANGER
D'IODISME
Cr. Office d'Éditions d'Art
J. EURY, Docteur en Pharmacie
LABORATOIRE MAUCHANT
GENNEVILLIERS (Seine)

Roch, Martin et Neeser. Syndrome neurologique simulant la sclérose latérale amyotrophique, provoqué par un médicament sulfamidé. *Ibid.*, 2 juin 1939, p. 887.

Schaechter. Les polynévrites sulfamidiques. *Gazette des Hôpitaux*, 14 décembre 1938, p. 1609 (avec bibliographie).

Sézary et Friedmann. Intolérance médicamenteuse (crise nitritoïde, causée par la sulfamido-chrysoïdine. Etude biologique. *Société Médicale des Hôpitaux*, 24 avril 1936, p. 636.

Sohier. La chimiothérapie des pyococcies. *Revue du Service de Santé Militaire*, septembre 1939, p. 417 (avec bibliographie).

Soulié et Moret. Cyanose intense au cours d'un traitement par le di-para-acétyl-amino-phényl-sulfone. *Société Médicale des Hôpitaux*, 11 mars 1938, p. 445.

Tzanck, Arnous et Paillas. Agranulocytose mortelle après l'administration de para-amino-benzene-sulfamido-pyridine (693) à doses modérées. *Ibid.*, 31 mars 1939, p. 576.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

La lipase hépatique dans les déficiences organiques

Par L. Babonneix

L'une des fonctions du foie consiste, ainsi qu'on sait, à produire une lipase, un ferment lipolytique, qui joue un rôle essentiel dans le métabolisme des graisses. Les remarquables recherches expérimentales du professeur Noël Fiessinger et de ses collaborateurs ont montré l'identité absolue entre cette lipase *hépatique* et la lipase du sérum sanguin, dite lipase *sérique*, ainsi qu'il résulte des constatations suivantes :

1° Abaissement constant du taux de la lipase sérique dans l'insuffisance hépatique ;

2° Diminution parallèle des deux lipases ;

3° Invariabilité du taux de la lipase sérique dans la pancréatectomie et dans les affections du pancréas ;

4° Augmentation du taux de la lipase sérique dans le sang défibriné perfusant le foie ;

5° Augmentation du taux de la lipase sérique par administration parentérale de la lipase hépatique.

Quant à la lipase *pancréatique*, elle diffère de la précédente par bien des caractères :

1° Elle dédouble les graisses naturelles, tandis que la lipase hépatique et la lipase sérique n'attaquent que les corps gras à poids moléculaire faible ;

2° Les activateurs de la lipase pancréatique (albumine de l'œuf, glycocholate de soude, oléate de soude, oléate de calcium) restent sans effet sur les lipases hépatique et sérique ;

3° Une autre différence est la grande stabilité des lipases hépatique et sérique comparée à l'instabilité de la lipase pancréatique ;

4° D'après Rona et ses collaborateurs, la lipase pancréatique est inhibée par la quinine, mais résiste à l'atoxyl, tandis que la lipase hépatique se comporte inversement. La lipase sérique, elle, se montre aussi résistante à l'atoxyl qu'à la quinine (N. Fiessinger).

Au cours de recherches expérimentales, N. Fiessinger et A. Gadjos ont démontré une augmentation de la résistance des chiens traités par la lipase hépatique. De même, l'administration, en injections sous-cutanées, de la lipase hépatique, exerce, d'après les mêmes auteurs, une influence défavorable sur l'évolution de la cirrhose, en déterminant une augmentation de la diurèse, en faisant diminuer l'ascite et les œdèmes, en obtenant la rétrocession du subictère, en améliorant très nettement l'état général.

Nous avons donc là une médication précieuse de la cirrhose hépatique avec ascite et des hépatites aiguës ou subaiguës avec ou sans ictère. Ajoutons que l'action de cette lipase peut être mesurée par les épreuves fonctionnelles classiques. La rétention du rose de Bengale diminue et l'élimination du galactose se fait à des taux de concentration moins élevés. L'augmentation du taux de la lipase sérique accompagne constamment l'amélioration obtenue (N. Fiessinger et Gadjos). Alors que le taux de la lipase sanguine n'est pas modifié dans les affections non cachectiques, il est en baisse constante au cours des états cachectiques et des affections à marche rapide. En somme, d'après les mêmes auteurs, l'abaissement du pouvoir lipasique du sérum est en rapport direct avec la déficience générale de l'organisme.

D'où l'idée d'essayer ce produit dans la tuberculose pulmonaire (Stanganelli, Rotta). MM. Maurice Ehinger et Gérard C. Savoy, dans un article de la *Revue médicale de la Suisse romande* (n° 3, 10 mars 1940, p. 129-145), auquel nous empruntons la plupart des détails qui précèdent, exposent qu'ils ont cherché à étendre les indications de la lipase hépatique et de démontrer l'heureuse influence que cet enzyme exerce sur les déficiences les plus diverses. Ils ont utilisé une préparation à base de lipase hépatique, obtenue à partir du foie de porc soumis à un engraissement forcé. La lipase en est extraite au moyen de dissolvants spéciaux. Elle a été administrée tantôt *per os*, tantôt en injections intramusculaires. Ces dernières sont préférables lorsqu'il faut agir énergiquement, tandis que la forme orale s'est montrée suffisamment efficace en pédiatrie et dans les déficiences organiques légères ou de gravité moyenne.

Ils ont, en l'espace de dix mois, administré la lipase hépatique à 70 malades. Chez chacun d'eux, ils se sont astreints à un examen clinique aussi approfondi que possible. La plupart des cas ont été suivis pendant plusieurs semaines, souvent pendant deux ou trois mois et les malades vus à leur consultation ont été exactement et régulièrement pesés, dans des conditions identiques. Nombre de patients ont fait l'objet d'une observation clinique plus ou moins longue avant d'être soumis à l'action de la lipase hépatique ; les résultats obtenus ont, dès lors, une certaine valeur.

Pour apprécier l'effet thérapeutique de la lipase hépatique, ils se sont certes fondés sur les modifications de l'état général, de l'aspect extérieur, de l'état de nutrition, attachant moins d'importance aux données subjectives telles que réveil de l'appétit, amélioration cénesthésique, accroissement des forces, mais ils se sont fondés surtout sur la manifestation objective la plus sûre : l'évolution de la courbe de poids. Ce moyen de contrôle n'a pu malheureusement être utilisé chez une partie des malades traités à domicile, mais leur proportion n'excède pas 20 % des cas.

Les auteurs ont ainsi obtenu de bons résultats dans les affections les plus diverses : insuffisance pondérale de l'enfant, débilité constitutionnelle de l'adolescence, états de misère physiologique, sénilité, cirrhose hypertrophique, états psychopathiques, dont la démence organique.

Pour ce qui a trait à la tuberculose, les auteurs font observer qu'on ne peut se faire une opinion définitive sur l'étude de quelques cas. On a vu combien les enfants prétuberculeux bénéficiaient de l'action de la lipase hépatique; une de leurs malades souffrant de *patraquerie bacillaire*, selon l'expression de R. Burnand, s'est très bien trouvée de la lipase hépatique, qui a fait augmenter son poids et lui a redonné des forces. Cependant, un état bacillaire chronique n'a pas été très influencé par ce traitement ; bien que le poids se soit élevé de 1 ou 2 kilos, l'état général est demeuré stationnaire. Mais on sait que la plupart des tentatives thérapeutiques, tuberculine mise à part, sont décevantes chez ces

malades. Quant à l'unique cas de tuberculose pulmonaire évolutive traité, il a montré un bénéfice certain de la lipase hépatique. L'effet sur le poids a été net et l'état général a subi une amélioration évidente.

De ces recherches, les auteurs tirent les conclusions suivantes.

L'examen clinique de 70 malades au moyen de la lipase hépatique, sous forme d'injections intramusculaires et de solution buvable, leur a montré :

1° Une action sur le métabolisme des graisses, se manifestant par une meilleure utilisation des substances grasses alimentaires et un accroissement presque constant du poids ;

2° Une action stimulante de l'appétit ;

3° Une action sur l'état général et l'état de nutrition, qui s'améliorent d'une manière souvent frappante ;

4° Une action marquée sur l'asthénie.

La lipase hépatique s'est révélée efficace aux âges les plus divers, mais les enfants et les vieillards s'y sont montrés particulièrement sensibles.

En pédiatrie, ils ont, à plusieurs reprises, comparé l'effet de la lipase hépatique avec celui des toniques arsenicaux, iodurés, calciques et vitaminiques : la lipase a presque constamment eu une influence plus rapide, plus décisive sur la croissance pondérale et sur l'appétit. Les associations lipase-huile de foie de morue et lipase-vitamines C et D leur ont paru excellentes.

Il est remarquable que la petite quantité d'enzyme hépatique administrée *per os*, c'est-à-dire 5 centimètres cubes par jour, en une seule fois, suffise à provoquer l'action tonique souhaitée. Il est rare que cette dose doive être doublée.

Quant à la forme injectable, utilisée de préférence dans les cas graves ou lorsqu'il faut agir rapidement, elle a été rendue pratiquement indolore par voie intra-musculaire, ce qui n'est pas un mince avantage.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 24 septembre 1940

Déclaration de vacances. — Sont déclarées vacantes :

1° Trois places de membre titulaire dans la 1re section (médecine), en remplacement de MM. Brault, P. Marie et Siredey, décédés ;

2° Quatre places de membre titulaire dans la 2e section (chirurgie), en remplacement de MM. Legueu, Ribemont-Dessaignes, Terrien et Mauclaire, décédés ;

3° Quatre places de membre titulaire dans la 4e section (sciences biologiques), en remplacement de MM. Pettit, Desgrez, Hallion et Weinberg, décédés.

La lumière de Wood en dermato-syphiligraphie. — Dans une importante communication, M. H. Gougerot expose l'intérêt pronostique et prophylactique de la lumière para-violette de Wood, qu'il utilise depuis de longues années avec ses collaborateurs MM. Giraudeau et André Patte.

Commission de l'alimentation. — M. Lenoir, rapporteur : « La Commission, estimant que la question du rationnement alimentaire a une importance fondamentale en ce qui concerne la santé des enfants, des adolescents et des malades,

Emet le vœu : que la Commission devienne permanente, se réunisse régulièrement et puisse apporter successivement à l'Académie des suggestions sur chacun des points qu'elle aura pu étudier. »

Ce vœu a été adopté à l'unanimité.

Rappelons que la Commission est composée de MM. Duhamel, Lesné, Debré, A. Mayer, Martel, Rathery, Bertrand, Roussy, Baudouin, Tanon et Lenoir.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 61-62. — 2-5 OCTOBRE 1940. 113e ANNEE Le No 60 Centimes.

La Lancette Française

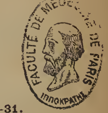
GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** Tél. : Danton 48-31.



PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Etat Français. — CABINET DE M. LE MARÉCHAL PÉTAIN, CHEF DE L'ETAT FRANÇAIS. — M. le médecin lieutenant de réserve Ménétrel, a été nommé au Cabinet militaire.

M. le médecin commandant Sautriau a été nommé chef du service médical des services administratifs. (*J. O.*, 21 juillet 1940.)

(*Censuré*)

Guerre (*Active*). — Sont promus :

Au grade de médecin colonel, M. Tournier.

Au grade de médecin lieutenant-colonel, MM. Basset et Bajolet.

Au grade de médecin commandant, MM. Castets, Charot, Russaouen.

Au grade de médecin capitaine, MM. Mauric, Sénéchal, Juillard, Le Flem, Thenoz, Cordier, Courdurier, Lasserre, Juguet, Lauret, Jezequel, Riu, Le Goff, Quere, Gloaguen, Lacrampe, Hervé, Chabeuf, Dare, Bagarry, Brun, Soyer. (*J. O.*, 21 juillet 1940.)

TROUPES COLONIALES (*active*). — Par arrêté en date du 3 septembre 1940, les élèves de l'école du service de santé de la marine dont les noms suivent, reçus docteurs en médecine, sont nommés au grade de médecin sous-lieutenant des troupes coloniales, pour prendre rang du 31 décembre 1937 (sans rappel de solde) puis, promus médecins lieutenants des troupes coloniales pour prendre rang du 31 décembre 1939 (sans rappel de solde) : MM. Demarque (D.-M.-J.), Heuls (J.-E.-L.), Otter (J.-P.-M.), Saugrain (J.-A.-L.), Habay (J.-L.), Courapied (L.-F.-A.), Vaillant (A.-R.), Humbert (J.-M.-E.), Buet (P.-M.-J.-L.), Lancien (P.-Y.-R.), Chaussat (P.-E.-F.), Lesnard (L.-H.), Orthlieb (T.-G.-H.), Augier (A.-M.), Grosbois (B.), Raoul (A.-H.-Y.), Beisseige (H.-L.-M.-G.), Quentel (A.-G.), Guibert-Germain (A.-L.), Berard (J.-J.-A.), Lucrece (G.-H.), André (L.-M.-E.), Bremond (H.-J.-B.).

Les intéressés percevront la solde de médecin lieutenant à compter de la date de leur prise de fonctions.

Marine. — M. le médecin en chef de 1re classe Lapierre, est nommé officier d'ordonnance du secrétaire d'Etat à la marine. (*J. O.*, 24 juillet 1940.)

Famille et Jeunesse. — M. le Dr Félix Codvelle a été nommé directeur de l'Hygiène et de l'Assistance publique, en remplacement de M. Charles Haye. (*J. O.*, 25 juillet 1940.)

M. le Dr Delay, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, a été chargé de mission au Cabinet du Ministre. (*J. O.*, 26 juillet 1940.)

Inspecteurs généraux à la Santé. — Ont été nommés inspecteurs généraux : MM. les docteurs Aublant, inspecteur départemental d'hygiène de Seine-et-Oise, et M. le docteur Pélissier, médecin-chef à la Cité Universitaire.

Hôpital Tenon (Service de Tuberculeux et Centre de Triage). — M. Etienne Bernard, agrégé, a commencé le mercredi 25 septembre, une série de leçons sur la tuberculose et les continuera chaque mercredi à 11 heures, dans la Salle de cours du service

(pavillon Patenue). Ces leçons porteront sur les questions cliniques et médico-sociales suivantes :

Typhobacillose. — Le syndrome d'hémithorax sombre ; les vrais et les faux fibrothorax. — Le problème du rhumatisme tuberculeux. — Les tuberculoses mixtes, pulmonaires et extra-pulmonaires associées. — Les tuberculoses graves : les évolutions d'une seule tenue. — Le cœur des tuberculeux dans les formes fibreuses. — Tomographie et tuberculose pulmonaire. — Collapsothérapies associées. — Le recul de l'index de tuberculisation et ses conséquences. — De la tuberculose-infection à la tuberculose-maladie. — Les réinfections exogènes. — Le repos prophylactique après la primo-infection. — Prophylaxie de la tuberculose chez l'étudiant. — Sous-alimentation et tuberculose. — Le placement des tuberculeux en station de cure. — Tuberculose et médecine sociale. — Destin de la tuberculose selon les races et les pays.

L'enseignement de la puériculture. — Le centre d'études de la *Fondation d'Heucqueville*, reconnue d'utilité publique, reprendra, à la rentrée, son enseignement élémentaire sur la Puériculture, l'Hérédité, l'Hygiène raciale et sociale.

Cet enseignement comporte un cycle d'une année de 75 leçons complétées de travaux à la bibliothèque et au laboratoire, et de stages pratiques dans la Pouponnière modèle de l'Œuvre, en qualité d'élève externe ou interne.

Il s'adresse aux jeunes filles, futures médecins, sages-femmes, assistantes sociales, jardinière d'enfants, professionnelles de la puériculture, et aussi futures mères de famille françaises, désireuses d'acquérir une formation solide et pratique pour remplir leur rôle.

Enseignement gratuit, les internes sont logées, nourries. S'inscrire en produisant diplômes, états de service, attestations de bonne conduite.

Siège social : 81-85, boulevard Montmorency, Paris (16e).

Reprise des leçons le 12 novembre 1940. Cours par correspondance en voie d'organisation.

Comité pour l'enseignement et le progrès de l'hygiène sociale. — Une conférence sera faite par M. le Dr Sicard de Plauzoles, le lundi 11 novembre 1940, à 14 heures, à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, sur : *Quelques causes de dégénérescence.*

Ligue Nationale Française contre le péril vénérien. — *Cours de service social antivénérien*, pour les infirmières et les assistantes sociales et les personnes s'intéressant à la lutte contre les maladies vénériennes, du 11 au 16 novembre 1940, à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (14e), et à la Clinique Baudelocque :

1re leçon. — M. le Professeur Gougerot. — Lundi 11 novembre, à 9 heures, à l'Institut Alfred-Fournier : Danger des maladies vénériennes. Programme d'ensemble de la lutte antivénérienne. Ce que sont les syphilis primaire, secondaire et tertiaire.

2e leçon. — M. le Professeur Gougerot. — Lundi 11 novembre, à 10 heures, à l'Institut Alfred-Fournier : Les méthodes de diagnostic de la syphilis (ultra-microscope, examen du sang, ponction lombaire).

3e leçon. — M. le Dr Milian. — Mardi 12 novembre, à 9 h., à l'Institut Alfred-Fournier : Contagion de la syphilis et de la blennorragie. Modes de contamination.

4e leçon. — M. le Dr Sicard de Plauzoles. — Mardi 12 novembre, à 10 h. 15, à l'Institut Alfred-Fournier : Organisation de la défense sociale contre la syphilis.

5e leçon. — M. le Dr Janet. — Mercredi 13 novembre, à 9 h., à l'Institut Alfred-Fournier : La blennorragie chez l'homme, la femme et l'enfant ; son importance sociale. Moyens de diagnostic. Traitement.

6e leçon. — Mme Getting. — Mercredi 13 novembre, à 10 h. 15, à l'Institut Alfred-Fournier : Technique du service social dans un dispensaire. Devoirs de l'assistante sociale.

7e leçon. — M. le Dr Milian. — Mercredi 13 novembre, à 11 h. 30, à l'Institut Alfred-Fournier : La syphilis occulte.

8e leçon. — M. le Dr Robert Rabut. — Mercredi 13 novembre, à 15 heures, à la Clinique Baudelocque (125, boulevard de Port-Royal) : Grossesse et syphilis. Fonctionnement d'un dispensaire de maternité. Rôle de l'assistante sociale.

9e leçon. — M. le Dr Robert Rabut. — Jeudi 14 novembre, à 9 heures, à l'Institut Alfred-Fournier : La lutte contre la prostitution. Œuvres de protection et de relèvement.

10e leçon. — M. le Dr Sicard de Plauzoles. — Jeudi 14 novembre, à 10 h. 15, à l'Institut Alfred-Fournier : Traitement de la syphilis.

11e leçon. — M. le Dr Pierre Fernet. — Vendredi 15 novembre, à 9 heures, à l'Institut Alfred-Fournier : Les hérédosyphilitiques.

12e leçon. — M. le Dr Sicard de Plauzoles. — Vendredi 15 novembre, à 10 h. 45, à l'Institut Alfred-Fournier : Enquêtes épidémiologiques. Syphilis familiale. Les enquêtes dans les familles.

13e leçon. — M. le Professeur Gougerot. — Samedi 16 novembre, à 9 heures, à l'Institut Alfred-Fournier : Propagande antivénérienne.

14e leçon. — M. le Dr Sicard de Plauzoles. — Samedi 16 novembre, à 10 h. 30, à l'Institut Alfred-Fournier : Education et hygiène des vénériens. Garanties sanitaires du mariage. Examen prénuptial.

Visites du Musée de l'Hôpital Saint-Louis. — Deux visites auront lieu au Musée de l'Hôpital Saint-Louis, sous la direction de M. le Dr Maurice Pignot, conservateur du Musée, le jeudi 14 novembre, à 16 heures, et le samedi 16 novembre, à 14 h. 30. Le nombre des admissions devant être limité, les personnes désireuses de suivre ce cours sont priées de se faire inscrire à la Ligue Nationale Française contre le Péril vénérien, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (14e), avant le 1er novembre 1940. — Droit d'inscription : 10 francs. N° Compte Chèque Postal 627.00.

Ecole de stage du service social. — La Ligue Nationale Française contre le Péril Vénérien a créé une école de stage de service social antivénérien pour l'instruction des infirmières assistantes d'hygiène sociale qui désirent se spécialiser dans la lutte contre les maladies vénériennes. Un certificat est délivré aux élèves ayant accompli d'une manière satisfaisante un stage d'une durée minimum d'un mois.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr Sicard de Plauzoles, directeur général de la Ligue Nationale Française contre le Péril Vénérien, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (14e).

Association des Etudiants en médecine de Paris. — Les Etudiants en médecine sont actuellement dans une situation très pénible. Nous serions très reconnaissant aux médecins, chirurgiens ou Laboratoires qui pourraient les aider en leur procurant piqûres, gardes de nuit, ou travaux médicaux de toute sorte, d'adresser tous renseignements à : *L'Association des Etudiants en Médecine de Paris*, 6, rue Antoine-Dubois, Paris (6e).

Liste des Laboratoires actuellement ouverts. — *Liste complémentaire :*

Etablissements Dejardin (Malt Dejardin) ; Mauchant (Gennevilliers) ; Okamine (Dr Hervouet) ; Stelvia (G. Blaque, 59, rue Boissière) ; Sulfureux-Pouillet (62, rue Cardinal-Lemoine).

Consulter la liste déjà parue dans le n° 57-58, page 554.

Nécrologie

Le Dr René Hélot, médecin honoraire des Hôpitaux de Rouen.

LA CUTI-RÉACTION DE VON PIRQUET EN MÉDECINE INFANTILE

Par L. Babonneix
Membre de l'Académie de Médecine

Au sujet de la cuti-réaction imaginée par von Pirquet, on a émis souvent deux aphorismes, dont, avant d'aller plus loin, il convient de vérifier l'exactitude :

Réaction de von Pirquet positive = présence de bacilles de Koch dans l'organisme.

Réaction de von Pirquet négative = absence de bacilles de Koch dans l'organisme.

Pour le premier, aucun doute : « L'existence d'une cuti-réaction positive en l'absence absolue de bacilles de Kocb dans l'économie », dit M. Jacottet, de Lausanne, dans un intéressant article sur la cuti-réaction de Pirquet à la Clinique infantile de Lausanne de 1924 à 1938 (*Revue médicale de la Suisse romande*, n° 2, 25 février 1940, p. 72-87; bibliographie), « est un fait qui n'a jamais été prouvé et qu'il serait bien difficile de prouver. Laissons-le donc de côté ».

Quant au second, on sait qu'une cuti-réaction négative n'est pas rare chez un sujet porteur de bacilles tuberculeux, que l'anergie soit liée à une infection : rougeole, plus rarement, pneumonie, fièvre typhoïde, grippe, qu'elle se produise à la période terminale de la maladie, ou qu'elle soit le fait de la période antéallergique, qui dure de six à sept semaines en moyenne. En dehors de ces trois éventualités, en existe-t-il d'autres, liées à la nature du bacille ou du terrain ? Ces cas existent, mais en nombre infime, abstraction faite, peut-être, pour le lupus pernio ou pour le lupus miliaire de la face (Ramel).

Contrairement à l'opinion qui régnait il y a encore quelques années, on sait, grâce à Rist, à Debénédetti et à Belgayrie, que chez un grand nombre d'adultes, la réaction est négative. Comment expliquer ces discordances entre les statistiques anciennes et les récentes ?

De trois façons :

1° Les documents anciens émanaient tous de milieux hospitaliers, et on avait tort d'étendre leurs résultats, concernant des sujets malades, à l'ensemble de la population. Mieux inspirés, les documents actuels se fondent sur des recherches relatives à des recrues ou à la population d'un district mi-urbain, mi-campagnard.

2° L'infection tuberculeuse est sans doute en régression.

3° Il est possible, bien que le fait n'ait jamais été observé par MM. Marfan, Coffin, Ribadeau-Dumas ni par M. Jacottet, qu'une cuti positive dans l'enfance devienne négative à l'âge adulte.

L'infection tuberculeuse est donc moins étendue qu'on ne le croyait autrefois, et le nombre des sujets qui en sont atteints ne représente pas, même chez l'adulte, la majorité, d'où la valeur énorme qu'acquiert une cuti négative quand il s'agit de déterminer la nature d'une adénopathie trachéo-bronchique chez l'enfant ou d'une arthralgie chez un adolescent.

Autre conséquence, plus importante encore. Les sujets chez qui la cuti est négative sont particulièrement exposés à contracter la maladie. Ils doivent donc être l'objet des soins les plus attentifs, et leurs parents, comme leurs médecins, commettraient une grave faute s'ils ne les soumettaient pas à une surveillance stricte : prise du poids et de la température, visites médicales fréquentes, surtout après les infections, examens radiographiques, analyse, s'il y a lieu, des crachats, etc., surtout aux périodes critiques, soit qu'elles correspondent au plus grand développement physique, soit qu'elles marquent un surmenage physique ou intellectuel, dus, celui-ci, à des examens et concours, celui-là, aux fatigues du début du service militaire. M. Debénédetti n'a-t-il pas constaté, dans un assez grand nombre de cas, le passage d'une cuti négative à une cuti positive au bout de six mois de service, en même temps qu'il assiste à l'apparition de manifestations tuberculeuses diverses dans l'entourage du porteur de bacilles passés inaperçus ? En même temps, on prescrira les traitements classiques : repos, cure de montagne ou de campagne, alimentation variée et nourrissante, etc.

Dans la première enfance, une cuti-réaction positive correspond toujours à une tuberculose active. Chez le nourrisson, c'est-à-dire de la naissance au dix-huitième mois, une réaction de Pirquet positive signifie, dans tous les cas, un foyer en activité, et, à cet âge, la cuti-réaction a une valeur inappréciable. Chez le nourrisson, en présence, d'une réaction positive, on peut même accuser le bacille de Koch de tous les troubles présentés par l'enfant, quels qu'ils soient. A cet âge, la tuberculose comme la syphilis, est capable d'imiter n'importe quoi, fait dont la connaissance épargnera parfois d'incessants changements de régime, inutiles et même nuisibles, puisque le petit malade est un tuberculeux et non pas un digestif.

Ce parallélisme entre la cuti et l'activité de la tuberculose diminue de fréquence à mesure que l'enfant avance en âge. Cependant, jusqu'à la puberté, une cuti-réaction positive comporte une signification pronostique fâcheuse et impose une surveillance particulièrement attentive chez les sujets chez lesquels on la découvre.

A deux reprises déjà, M. le professeur Taillens (de Lausanne) a fait étudier les résultats de la cuti-réaction à la tuberculine dans son service, résultats consignés dans la thèse de Mme Ramm-Weinstein, en 1921, et dans celle de M. Bruttin, en 1926. Examinant 675 observations de malades, Mme Ramm-Weinstein a trouvé 200 réactions de Pirquet positives, soit 28,6 %. La thèse de M. Bruttin porte sur 1.350 observations avec 32 % de réactions positives. Ces deux chiffres sont assez semblables.

Les 4.044 observations sur lesquelles porte ce rapport n'ont pas donné à M. Jaccotet un pourcentage si élevé; pour l'ensemble, il est de 18.3. Il ne peut expliquer pourquoi il trouve un chiffre aussi inférieur à celui des deux précédentes statistiques. Tout ce qu'on peut en dire, c'est qu'il n'a pas grande valeur, parce qu'il est obtenu, cela va sans dire, au moyen des pourcentages annuels de ces quinze dernières années; or, ces pourcentages varient dans des proportions énormes : le plus bas, en 1936, est de 12,8, le plus élevé, en 1928, est de 24,8, soit près du double, ces différences s'expliquant par ce fait que la réaction de Pirquet est d'autant plus fréquemment positive qu'elle est pratiquée sur des enfants plus vieux. Par conséquent, les années au cours desquelles il y aura beaucoup d'admission de grands enfants seront également des années à fort tant pour cent de cuti-réactions positives ; inversement, des admissions nombreuses d'enfants de la petite enfance, de nourrissons, donneront un faible tant pour cent de réactions positives. C'est ce qu'il a démontré sur un tableau annexé à son travail, où il a représenté comparativement d'année en année, de 1924 à 1938, la courbe de pourcentage des réactions positives et le nombre d'admissions de grands enfants. Il a choisi comme grands enfants ceux dont l'âge est compris entre 7 et 15 ans, parce que c'est à partir de 7 ans que les réactions positives augmentent fortement en nombre.

Le tableau montre deux courbes de profil assez semblable, sauf en l'année 1926 où elles divergent.

Il y a donc un facteur qui peut fausser l'interprétation d'une statistique hospitalière : c'est que, d'une année à l'autre, les classes d'âge des enfants hospitalisés varient, et que, par conséquent, d'une année à l'autre, on ne travaille pas sur le même matériel. Un tel milieu n'est pas apte à

nous renseigner sur les changements que subit la fréquence de l'infection tuberculeuse au cours des années.

Un second tableau montre l'ascension de la courbe des cuti-réactions positives d'une année d'âge à une autre année d'âge. De près de 13 % chez les enfants âgés de 1 à 2 ans, elle atteint presque 35 % chez ceux qui sont âgés de 14 à 15 ans. Il y a un crochet de la fin de la deuxième à la fin de la troisième année, dû, sans doute, à ce que les enfants de 1 à 2 ans, réagissant positivement, sont, eux aussi, comme le nourrisson de la première année, des malades atteints d'une tuberculose active et non pas seulement des porteurs de germes. Ils sont, par conséquent, plus facilement envoyés à la clinique par le médecin traitant, parce que le cas n'est pas clair et demande un examen complet.

Une réaction de Pirquet positive chez un enfant de 1 à 2 ans signifie donc à coup sûr tuberculose, comme on peut le vérifier. L'auteur cherche, chez les 739 enfants à Pirquet positif, ceux qui sont cliniquement porteurs d'une tuberculose en activité, et fait cette recherche année d'âge par année d'âge. Pour les enfants entre 1 et 2 ans, sur 105 réactions positives, on trouve 92 enfants présentant des manifestations cliniques, autrement dit, sur 7 enfants âgés de 1 à 2 ans, à cuti-réaction positive, il y en a 6 qui sont des malades, pas seulement des infectés, et on fera bien de se méfier sérieusement du septième. A partir du début de la troisième année, la proportion tombe à 3 tuberculeux sur 4 réactions positives, et cette proportion se maintient ainsi jusqu'à la fin de la septième année, où elle descend à 1 sur 2. La réaction de Pirquet a, dès lors, perdu la valeur de quasi-certitude qu'elle avait au cours des deux premières années de la vie.

De l'examen des chiffres rassemblés dans ce tableau, ressort cette donnée que, des enfants hospitalisés à la fin de la quatorzième année, 35 % ont été visités par le bacille de Koch.

Un troisième tableau indique la fréquence des cuti positives par rapport au sexe. L'infection se fait plus tardivement chez les filles que chez les garçons. D'autre part, elle est plus précoce chez les petits citadins que chez les enfants des petites villes ou de la campagne.

L'auteur a trouvé 82 cas de cuti négative chez des tuberculeux authentiques, se répartissant ainsi : 44 % de méningites tuberculeuses, 23 de tuberculose pulmonaire, 15 de tuberculose miliaire.

De ces intéressantes données, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° Si l'on a soin de tenir compte de l'anergie de la période terminale de la tuberculose, de l'anergie de la période pré-allergique et de l'anergie due à une infection en cours, la cuti-réaction à la tuberculine est un procédé diagnostic de grande valeur et très fidèle.

2° Les statistiques modernes montrent qu'il y a beaucoup plus d'adultes à cuti-réaction négative qu'on ne le croyait autrefois, ce qui confère au procédé une grande valeur négative.

3° Les recherches faites à la clinique infantile de Lausanne nous font faire les constatations suivantes :

a) Un milieu hospitalier n'est pas propre à nous renseigner sur la fréquence des cuti-réactions positives dans l'enfance, parce que, d'une année à l'autre, l'âge d'admission des enfants varie et que la fréquence des cuti-réactions positives varie proportionnellement ;

b) Au cours des deux premières années de l'existence, cuti-réaction positive est pratiquement équivalant à tuberculose en activité ;

c) Chez les enfants hospitalisés de 1924 à 1938, le pourcentage de cuti-réactions positives passe de 13 entre 1 et 2 ans à 35 entre 14 et 15 ans ;

d) En moyenne, l'infection se manifeste par une cuti-réaction positive à un âge plus avancé chez les filles que chez les garçons ;

e) En moyenne, les enfants des villes réagissent à la tuberculine à un âge plus précoce que les petits campagnards ;

f) Sur 84 méningites tuberculeuses hospitalisées à la clinique infantile, entre 1924 et 1938, les enfants de la naissance à 2 ans nous offrent à eux seuls un nombre de méningites aussi élevé que celui fourni par les enfants de 3 à 14 ans ;

g) Sur 821 tuberculeux, 82 ne réagissent pas à la tuberculine et peuvent tous être considérés comme des anergiques de la période terminale.

LÉSIONS MUSCULAIRES ATYPIQUES

Par Georges Pascalis

J'ai eu récemment l'occasion de voir, à quelques jours d'intervalle, deux blessés présentant des lésions musculaires atypiques localisées au biceps. Les signes cliniques, au premier abord, ne semblaient pas devoir imposer une intervention ; celles qui ont été faites ont montré de telles lésions qu'une infirmité définitive eut été le prix de l'abstention.

J'ai cru qu'il était intéressant de faire connaître ces deux observations :

Première observation

F..., âgé de 58 ans, homme très musclé et robuste, entre le 13 mars, pour une lésion traumatique du biceps droit remontant à vingt-quatre heures. L'accident est survenu le 12 mars au matin, alors qu'il travaillait dans une canalisation ; il ressentit, en soulevant une pierre d'environ 50 kilos, une vive douleur au niveau du biceps, plus marquée à la partie supérieure, et irradiée vers l'épaule, le long du long tendon musculaire. Le malade, dans son langage imagé, dit qu'il a eu l'impression « qu'un nerf avait sauté ». Il a continué son travail jusqu'au soir et, rentré chez lui, il a constaté un hématome très important, recouvrant les trois quarts de la surface du bras.

A l'examen, torse nu, on est frappé par l'asymétrie des deux bras ; tandis qu'à gauche, le biceps dessine sa saillie sur les 2/3 moyens du bras, à droite, celle-ci, plus forte, est limitée au tiers inférieur ; elle semble avoir gagné en hauteur ce qu'elle a perdu en longueur. A la palpation, le biceps est plus chaud du côté atteint et la masse musculaire est le siège d'un empâtement, lui-même fonction d'un épanchement sanguin important. Lorsqu'on fait contracter le muscle, il durcit dans sa partie inférieure, gardant sa consistance première dans sa moitié supérieure, La contraction avec résistance ne change rien à ce dispositif. On fait le diagnostic de déchirure des fibres profondes du muscle et on décide une intervention.

Opération le 14 mars, sous anesthésie générale à l'éther réchauffé.

Incision convexe en dedans, qui permet de voir le muscle dans toute son étendue ; l'aponévrose est recouverte d'une couenne sanguine, due à la déchirure d'une grosse veine. L'aponévrose incisée, on constate que, sur la moitié supérieure du long biceps, les fibres sont désinsérées, le muscle est mou et a la consistance de l'étoupe. On dirait que le tendon, saisi entre le pouce et l'index, a été dénudé, comme des tiges d'avoine dont on a détaché les grains. Les fibres sont rassemblées par deux points en U de catgut et un point au fil de lin, remontées et réinsérées à leur place normale. Suture de l'aponévrose au catgut. Lin sur la peau. Le membre est placé dans une écharpe de Mayor, puis la mobilisation est commencée progressivement et au bout d'un mois le malade est en bonne voie de guérison.


UNE CURE
IODÉE
XX GOUTTES AVANT
CHAQUE REPAS
IODONUCLEOL
SANS DANGER
D'IODISME
Cr. Office d'Éditions d'Art
J. EURY, Docteur en Pharmacie
LABORATOIRE MAUCHANT
GENNEVILLIERS (Seine)

Deuxième observation

M. M..., 52 ans, entre, le 15 avril 1940, pour lésions traumatiques du biceps gauche. L'accident remonte au 26 mars au matin. Alors qu'il soulevait une poulie de transmission d'environ 30 kilos, il a ressenti brusquement un craquement douloureux dans le bras gauche. Il a continué son travail. Les mouvements du bras sont devenus de plus en plus difficiles et il a dû cesser toute activité dans la soirée. Le 27 mars, il consulte son médecin qui constate une ecchymose très étendue du bras, plus marquée dans sa partie supérieure, et enveloppant complètement le coude. Pendant quinze jours, un traitement de rayons ultra-violets et de mobilisation fut institué, sans résultat appréciable.

A l'examen, le bras atteint présente une très vaste ecchymose, virée au jaune. L'aspect irrégulier du tégument laisse supposer l'existence d'un épanchement sous-cutané sanguin important. La palpation, sensible plutôt que douloureuse, permet de percevoir le biceps dont la forme est normale, mais qui est le siège, dans sa moitié inférieure, d'un empâtement considérable. La contraction, libre ou contrariée, ne présente rien d'anormal ; elle est seulement lente et sans force. L'absence de résultats fourni par le traitement institué fait décider une incision exploratrice.

Anesthésie générale à l'éther réchauffé. Incision arquée avec prolongement secondaire vertical inférieur. Infiltration sanguine sous-cutanée. Incision de l'aponévrose. La partie inférieure du muscle présente une plaie linéaire, irrégulière, longue de 2 centimètres environ, dont les lèvres sont étroitement accolées ; en les écartant, on constate, sous une couche musculaire saine, une énorme cavité, remontant au tiers supérieur du bras, et comblée par un hématome du volume d'une mandarine. Au fond, on voit les extrémités du tendon du long biceps, arrachées, effilochées. On suture ces extrémités en position de flexion, après évacuation de l'hématome et lavage à l'éther. On ferme la cavité par capitonnage. L'aponévrose est suturée au catgut, la peau au lin. Immobilisation en flexion dans un plâtre pendant dix jours, puis mobilisation progressive, qui permet de rendre peu à peu au membre son extension.

LIVRES NOUVEAUX

Les premiers pas en médecine, par Noël Fiessinger, professeur de clinique à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'Hôtel-Dieu. — Un volume de 168 pages, 32 fr. (*Collection des Initiations médicales.*) Masson et Cie, éditeurs, libraires de l'Académie de Médecine, 120, boulevard Saint-Germain, Paris-6e.

La Collection des Initiations médicales a pour but essentiel d'exposer dans une série de petits volumes d'environ 200 pages chacun les principes de la Séméiologie et de la Thérapeutique appliquées aux diverses branches de la Médecine.

Dix-sept opuscules ont déjà été écrits par des auteurs connus et compétents, apportant à l'étudiant en médecine les premiers éléments de la clinique et de la thérapeutique et lui indiquant la conduite à tenir dans les diverses circonstances cliniques qui peuvent se présenter.

Ce nouveau volume *Les premiers pas en médecine*, écrit par le Professeur Fiessinger, complète cet ensemble et bien que publié le dernier, prend la première place en tête de cette collection. Il est en quelque sorte une « Initiation aux Initiations », il est si l'on veut une préface à cette série d'exposés, il a pour but d'apprendre à l'étudiant à se débrouiller sans trop de difficulté en face de son premier malade.

Mais il a aussi un autre but : faire comprendre, faire aimer la médecine, et toute la première partie de ce livre est consacrée aux conseils que le père médecin aura plaisir à donner à son fils étudiant afin de lui apprendre à travailler et à aimer son métier.

Et peut-être aussi ce petit guide si agréablement écrit pourra-t-il aussi être médité par les médecins qui ne sont plus à leurs débuts, et sont soucieux du rôle qu'ils ont à remplir vis-à-vis des jeunes.

L'anoxémie (ses effets, son traitement), l'Oxygénothérapie, par Léon Binet, membre de l'Académie de Médecine, professeur de physiologie à la Faculté de Médecine de Paris, Madeleine Bochet et M. V. Strumza, assistants à la Faculté de Médecine de Paris. — Un volume de 96 pages avec 26 figures, 25 fr. — Masson et Cie, éditeurs, libraires de l'Académie de Médecine, 120, boulevard Saint-Germain, Paris-6e.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 1er OCTOBRE 1940

A propos des troubles dus à l'oblitération, particulièrement veineuse, au niveau des plus petits vaisseaux. — M. Bailliart. — Sur l'homme vivant, le réseau rétinien est le seul qui puisse se prêter à un pareil examen.

L'artère centrale de la rétine est parfaitement terminale, tandis que dans le réseau très proche de la choroïde (homologue de la pie mère), la terminalité n'est pas la règle.

Les lésions dues à un trouble veineux, sont, du côté de la rétine, plus fréquentes que celles d'origine artérielle. Dans l'un et dans l'autre cas, on peut établir l'existence d'une perturbation vaso-motrice. Des causes locales, souvent tensionnelles, l'expliquent assez pour qu'il ne soit pas nécessaire de faire intervenir une action nerveuse à distance.

L'anatomie chirurgicale de l'appareil cristallinien et l'opération de la cataracte. — M. Rochon-Duvigneaud.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 9 AOUT 1940

Chloropénie avec azotémie et alcalose dans la dysenterie bacillaire. — MM. Boidin, Gounelle, Bohn. — Dans la dysenterie bacillaire, existence d'une hypochlorémie totale, conditionnant l'apparition d'une azotémie élevée. Ceci indique la nécessité d'une rechloruration intensive, amenant l'amélioration de l'état général et la baisse de l'azotémie. Dans toutes les dysenteries se manifeste un état prononcé d'alcalose : la réserve alcaline revenant à la normale quand cède la chloropénie.

Sédimentation des hématies et des leucocytes dans les leucémies. — MM. Aubertin et Gabe. — L'emploi de la méthode de Westergren permet de constater que la sédimentation des hématies se comporte comme chez les sujets présentant une anémie du même degré. Les leucocytes forment une couche considérable blanc verdâtre différente du disque blanc ordinaire. Cette couche est beaucoup plus importante que pourrait le faire supposer leur nombre : chez un sujet présentant 1.600.000 hématies et 700.000 leucocytes, la couche leucocytaire est de 12 cm., alors que la couche globulaire n'est que de 4 cm.

Syndrome oculo-articulaire avec épistaxis dans la dysenterie bacillaire. — MM. Boidin, Gounelle et Bohn. — Dans les cas de syndrome oculo-articulaire, les auteurs ont noté des épistaxis ou modérées ou importantes, accompagnées de troubles de la coagulation sanguine. A savoir, allongement du temps de coagulation, sédimentation globulaire, coagulation plasmatique.

Triangle clair des bases pulmonaires radiologiquement opaques. — MM. Ameuille, de Leobardy. — Les auteurs insistent sur la clarté située entre l'aisselle et le rebord costal inférieur qui ne se voit radiologiquement que dans les grandes opacités de la base du thorax et qui peut faire drainer trop haut.

Le 1162 F dans les dysenteries à bacille de Flexner. — MM. Gounelle, Bohn, Koskas et Marche. — Résultats favorables obtenus dans les formes sévères et les formes traînantes de dysenterie à bacilles de Flexner, par l'emploi du 1162 F donné par voie buccale pendant plusieurs jours aux doses de 6 gr. puis 5 et 4 gr. Cet agent n'a aucune action préventive ni curative sur le syndrome oculo-synovial de la dysenterie bacillaire.

Syndrome hémorrhagique d'origine splénique. — MM. Fiessinger, Thiebaut, Albeaux-Fernet et Aussannaire. — Observation d'un long syndrome hémorrhagique d'origine splénique, de 1928 à 1937. Opération de la splénectomie sous-scapulaire, ne faisant cesser les hémorrhagies que pendant un an. La reprise des hémorrhagies semble résulter d'une vascularité sous-muqueuse.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 63-64. — 9-12 OCTOBRE 1940. GAZETTE DES HOPITAUX Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la Faculté de Médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.



PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

Publicité : M. A. Thiollier, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Cour martiale près la cour de Riom. — Le Dr Albert Vaudremer, ancien chef de service à l'Institut Pasteur, maître de conférences aux hautes Etudes, a été nommé membre de la cour martiale.

Préfecture de police. — Par arrêté en date du 30 septembre 1940, M. Langeron, préfet de police, a procédé aux nominations suivantes dans le personnel médical de la Préfecture de police :

Médecin-inspecteur à l'Institut médico-légal : M. le Dr Piedelièvre (René) (vacance Balthazard).

Chef du Laboratoire des recherches techniques du service des Epidémies : M. le Dr Cambessèdes (vacance Neveu).

Médecins au Dispensaire de salubrité de la Maison de Saint-Lazare : MM. les Drs Lafourcade-Cortina (vacance Boyer) ; Leconte (Louis) (vacance François-Dainville) ; Lortat-Jacob (Etienne) (vacance Jean) ; Ragu (Jean) (vacance Jolivet) ; Gole (Laurent) (vacance Thibaut) ; Durel (Pierre) (vacance Rabut).

Médecin à la Maison de Saint-Lazare : M. le Dr Rabut (vacance Clément-Simon).

Médecin-chef du Laboratoire à la Maison de Saint-Lazare : M. le Dr Gasne (Lucie) (vacance Lévy-Bing).

Médecin-chef de service à la Maison départementale de Nanterre : M. le Dr Bourgeois (vacance François-Dainville).

Médecin suppléant à la Maison départementale de Nanterre : M. le Dr Marsault (André) (vacance Lasnier).

Médecin othorinolaryngologiste à la Maison départementale de Nanterre : M. le Dr Grain (René) (vacance Munch).

Médecin-inspecteur des épidémies : M. le Dr Martin (René) (vacance Joltrain). (*Bull. mun. off.*, 5 octobre 1940.)

Légion d'honneur. — Guerre (*réserve*). — Sont inscrits au tableau pour le grade d'*officier* :

MM. les médecins lieutenants-colonels, Jambon, Laporte, Descuns, Gayot.

MM. les médecins commandants, Hervier, Giudicelli, Lacaze, Calandreau, Laveau, Jeansotte, Stefani, Dejean. (*J. O.*, 27 septembre 1940.)

Guerre. — MM. les médecins généraux Corbel et Paloque ont été placés dans la 2e section (réserve) du cadre du corps de santé militaire. (*J. O.*, 26 septembre 1940.)

(*Active*). — Sont rayés des cadres de l'armée active par limite d'âge : M. Delpy, médecin-colonel ; M. Madelaine, médecin commandant. Ces deux officiers sont nommés avec leur grade, officiers de réserve. (*J. O.*, 28 septembre 1940.)

(*Réserve*). — Sont nommés, à compter du 25 mars 1940, dans le cadre des officiers de réserve du service de santé et, par décision ministérielle du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin sous-lieutenant : M. le médecin aspirant Cohen (J.), M. le médecin sous-aide-major Ithier (G.-P.).

MM. les médecins auxiliaires : Albahary (C.-L.), Arnould (R.-A.-M.), Astorg (E.-H.-J.), Azouli (M.-M.).

M. le dentiste auxiliaire Bachellerie (A.-L.-A.).

MM. les médecins auxiliaires : Baras (E.), Bayard (J.-I.), Beaumanoir (M.-E.-M.-C.), Bedu (R.-J.-A.-A.), Behar (H.), Belin (C.-L.-E.), Belloy (A.-A.-L.), Ben Guigui (M.-M.), Berenger (M.-A.-M.), Bertin (P.-J.-M.-A.), Bertrand (R.-J.-C.), Bonald (P.-L.-J.), Bonduelle (M.-J.), Bonzoms (H.-E.-M.-J.), Boudailliez (P.-J.-M.-J.), Bouillie (R.), Boutin (A.-G.), Bouyon (A.-A.), Brochier (A.-J.-J.), Brun-Despagne (R.-J.), Bruno (P.-E.-J.), Brunois (M.-L.-C.), Butat (G.-E.-H.), Cahen (J.-L.-G.), Capiaux (J.-A.-A.), Chab-

bert (H.-J.-L.), Chaix (H.-G.-P.), Chatelain (J.), Coblentz (B.-G.), Cornut (J.-G.), Coullet (E.-C.), Crabouillet (Y.-G.-M.), Darnis (F.-E.-N.), Debenedetti (J.-R.), Dhery (P.-L.-E.), Escalais (F.-L.-E.), Forest (J.-M.), Gauthier (R.-L.-A.), Gentilhe (P.-L.-E.), Graillon (P.-A.-D.), Guegan (Y.-C.), Heral (J.-P.-M.-F.), Hernu (C.-P.-A.), Hypousteguy (G.), Isnard (J.-B.), Jacob (S.-N.), Jezequel (C.-V.-P.), Jodkun (W.-G.-A.), Jourdan-Laforte (J.-R.), Journeault (P.-E.), Kaeppelin (M.-J.-L.), Kula (E.), Lachmann (E.), Lacombe (R.), Lambert (A.-C.), Lapouille (J.-L.-J.), Lazerges (P.-Y.-F.), Le Bal'h (Y.-M.-J.), Le Bihan (J.-L.-M.), Le Bourhis (R.-A.), Le Cars (M.), Le Cat (F.-J.-L.), Lenoble (E.-S.), Lepesteur (C.-F.), Lestage (L.-J.), Levin (J.-P.-V.), Louchet (M.-M.-C.-E.), Louis (F.-C.-M.-H.), Luciani (L.), Magd (R.-C.-E.), Maricot (R.-P.-B.), Marinetti (P.-A.), Masson (C.-R.), Maucourant (J.), Maurel (R.-J.), Mazel (A.-E.), Medzadourian (K.), Mercier (P.), Meyabat (A.-J.-H.), Morel (F.-M.), Montet (P.), Mouras (B.-M.-G.), Muller (P.-A.-J.), Nataf (F-J.), Nefussy (E.-S.), Negelien (P.-H.-R.), Nick (J.-A.-W.), Ollivier (F.-M.), Orabona (A.-T.), Pietrini (R.), Pendaries (H.-J.-A.), Quatrebœufs (H.-D.-A.), Ray (J.-P.-E.), Rene-Boisneuf (V.-M.-G.-J.), Richard (E.), Riffard (P.-C.-G.), Riou (A.-G.-M.), Righini (M.-F.), Robet (R.-L.-M.), Roc (H.-P.), Roman (M.-J.), Ronin (J.-P.-M.), Ronbas (R.), Roville (J.-N.), Roy (G.), Rozes (P.-J.-N.), Ryckebusch (J.-A.-E.-C.), Sablon (M.-A.), Salies (I.), Schmitt (A.-L.-E.), Signoret (L.-M.), Singer (A.-W.), Sobieski (E.-J.), Solas (M.-A.), Thesee (A.-F.), Thomas (P.-G.-V.), Touitou (D.-H.), Tramoni (P.-A.-M.), Uguen (I.-J.-M.), Uzan (M.), Vallon (R.-H.), Vandecasteele (J.-E.-A.), Vaxman (H.), Védrines (J.-A.), Verroust (G.-A.-G.), Witz (R.-J.-J.), Zwahlen (H.-V.-J.).

Au grade de médecin sous-lieutenant à titre indigène : M. le médecin auxiliaire à titre indigène Saïdi Ali.

(*J. O.*, 20 septembre 1940).

Marine. — M. le médecin général de 2e classe Marcandier a été placé dans la 2e section du cadre des officiers généraux.

Sont inscrits d'office au tableau d'avancement : Pour le grade de médecin en chef de 1re classe, M. le médecin en chef de 2e cl. Bideau.

Pour le grade de médecin en chef de 2e classe, M. le médecin principal Pirot.

Intérieur. — M. le médecin de 1re classe du service de santé de la marine Jean Limousin, est chargé de mission au Cabinet du ministre de l'Intérieur. (*J. O.*, 13 septembre 1940.)

Voir la suite des Informations, page 598.

CHRONIQUE

L'activité de la Faculté de Médecine de Paris

Dès le mois de juillet, M. le recteur Roussy prit, on s'en souvient, l'initiative d'organiser chaque jour à la Sorbonne, des conférences confiées à des maîtres des différentes facultés et du Collège de France. Le succès en fut très grand, aussi un second cycle eût-il lieu en septembre. Cet exemple a été suivi.

A la Faculté de Médecine où, pendant la période consacrée jadis aux vacances, le travail avait repris régulièrement. M. le professeur Baudouin, faisant fonctions de doyen, d'accord avec ses collègues, a tenu à son tour, à faire bénéficier les étudiants commençant leurs études d'une série de conférences sur les grandes questions médicales de l'heure.

J'ai pu assister à plusieurs de ces conférences (quelques-unes d'entre elles paraissent déjà dans la *Gazette des Hôpitaux*). Je ne sais ce qui m'a le plus frappé, de l'attention avec laquelle les étudiants, venus en nombre considérable, écoutaient leurs maîtres, ou du soin avec lequel ceux-ci avaient choisi leurs sujets. C'est avec une clarté admirable, que les conférenciers ont su se mettre à la portée d'un auditoire de débutants, certes, mais d'un auditoire remarquablement attentif, grave et compréhensif.

La dernière conférence a été faite par M. Baudouin, qui traitait des *Sciatiques, de leur nature et de leur traitement*. En terminant, M. le Doyen tira la morale de l'effort fait par une Faculté où les maîtres, comme tous les médecins, ont toujours donné l'exemple du travail, de l'effort soutenu et de l'abnégation qui doit être maintenant la loi de tous.

F. L. S.

LABORATOIRES EN ACTIVITÉ ET LEURS PRODUITS

Les Laboratoires **AMIDO** (Génalcaloïdes)
M. Al. BEAUGONIN, Pharmacien
4, place des Vosges, Paris (4e)

Nous informent qu'ils continuent la fabrication de leurs Spécialités pharmaceutiques, à Moulins (Allier), 30, rue de Paris (Zone occupée).

BACKERINE. — GENOMORPHINE. — GENATROPINE. GENHYOSCYAMINE. — SED'HORMONE. — AMIDAL. — — GENOSTRYCHNINE. — GENOSCOPOLAMINE. — GENESERINE. — GENOSTHENIQUES. — GLYCOBYL. — VITAMYL IRRADIE

Laboratoires **CARTERET**, 15, rue d'Argenteuil, Paris (1er)

CHRYSEMINE
DIURENE
LUSOFORME
VULCRINOL

Laboratoires **CATILLON**, 3, boul. Saint-Martin, Paris (3e)

STROPHANTINE CATILLON
STROPHANTUS CATILLON

Laboratoires **DEGLAUDE**, 15, boul. Pasteur, Paris (15e)

PRODUITS CARDIAQUES SPECIALISES
CARDIBAINE
DIGIBAINE
THEOXANTHINE
SPASMOSEDINE

Laboratoires des Ferments du Docteur **A. THÉPÉNIER**
10, rue Clapeyron, Paris (8e)

AMYLODIASTASE
BULGARINE THÉPÉNIER

Ces Laboratoires se tiennent à votre disposition pour vous fournir toute documentation médicale sur leurs produits. Les demandes peuvent être groupées dans une seule enveloppe (une demande par Laboratoire), adressée à :

RÉGIE EXCLUSIVE DES JOURNAUX DE MÉDECINE
116, BOULEVARD RASPAIL, PARIS (6e)

ACTUALITÉS

LES CONFÉRENCES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE ET SON TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

Par M. le professeur M. Loeper (1)

L'hypertension représente, tant au point de vue clinique que pathogénique et thérapeutique, un chapitre important de la médecine générale.

Les conditions dans lesquelles la tension artérielle s'élève sont nombreuses et complexes. Il suffit de rappeler rapidement que l'on retrouve le plus souvent à l'origine de l'hypertension, une atteinte rénale, glandulaire, nerveuse. Mais quelle que soit son origine apparente, la cause dernière de l'hypertension réside en la présence dans les humeurs de substances chimiques, « les hypertensines » et son traitement doit, en dernier ressort, viser à la neutralisation de ces substances.

Les cas sont variés, où l'on peut avoir à soigner des hypertendus. Pour rester aussi près que possible de la clinique, j'envisagerai successivement :

— le traitement d'urgence,
— le traitement préventif des accidents,
— le traitement de fond de l'hypertension.

***

Je serai bref sur le **traitement d'urgence.** Contre les hémorragies, qu'elles soient nasales et bénignes, ou cérébrales et sévères, on n'a pas grand'chose à faire.

Il en est autrement de l'œdème pulmonaire aigu, où la saignée d'urgence, copieuse, associée à l'injection intraveineuse d'un quart de milligramme d'ouabaïne et à l'injection sous-cutanée d'un centigramme de morphine, amène souvent une amélioration immédiate.

Le spasme des coronaires avec sa crise douloureuse atroce, est un autre accident également dramatique : la trinitrine, l'aminophylline permettront, bien souvent, de l'atténuer ou de le dissiper.

L'insuffisance ventriculaire gauche est un aboutissement fréquent de l'hypertension. Vaquez lui a trouvé dans l'ouabaïne un excellent médicament dont l'injection intraveineuse quotidienne d'un quart de milligramme peut être continué longtemps sans risque d'accumulation.

Enfin, on doit toujours songer au fonctionnement rénal et le stimuler par la théobromine, à la dose de 0 g. 50 à 1 g. 50 par jour, par la teinture de scille, à la dose de 20 gouttes, employées soit isolément, soit mieux en cures successives de dix jours alternant avec l'ouabaïne.

Ces traitements visent à atténuer ou annuler les effets nocifs des complications de l'hypertension elle-même. Ils ne sont ni préventifs ni surtout curatifs de la maladie.

***

Voyons maintenant le **traitement préventif** des poussées hypertensives qui créent ces accidents.

Pour bien comprendre le but de cette thérapeutique et son mode d'action, il est nécessaire d'avoir présentes à l'esprit quelques notions simples d'histologie des artères. L'artère, on le sait, n'est pas un tube inerte que traverse le sang. Le système artériel et les capillaires forment au contraire un ensemble animé de contractions vaso-motrices propres qui contribuent au maintien de la pression sanguine et que l'on a pu appeler « le cœur périphérique ». Ces propriétés contractiles de l'artère s'expliquent par la structure de sa paroi qui est formée de trois couches où dominent les fibres musculaires lisses, d'une part, l'élastine et les fibres élastiques d'autre part. Ainsi formée, la paroi vasculaire est susceptible de se contracter. Elle ne le fait pas sans ordre, sans harmonie. Dans l'épaisseur de la paroi artérielle, se trouve un système complexe de relais nerveux : les uns autonomes, sont représentés par les cellules de Renault dans les capillaires, par les cellules de Cajal dans les artères ; les autres périphériques constituent, autour de l'artère, une gaine où s'enchevêtrent des filets multiples, amyéléniques pour la plupart, qui viennent du sympathique et du para-sympathique, l'un étant vaso-constricteur, l'autre vaso-dilatateur.

On peut donc envisager des médicaments du muscle artériel et des médicaments de son système nerveux.

Des premiers médicaments, certains agissent sur les vaisseaux eux-mêmes : tels sont les nitrites, la trinitrine, l'histamine, et vraisemblablement certains produits organiques qui contiennent peut-être de l'histamine ou de la choline.

Dans cette catégorie je rangerai aussi *l'ail* dont j'ai étudié l'action hypotensive pour la première fois en 1921, dont j'ai repris l'étude plus tard avec Lemaire, de Sèze, avec Debray et Pouillard, et Guillon. En 1926, des auteurs italiens, Sungeri, Agnoli et Léo confirmèrent les propriétés vaso-dilatatrices de l'ail. Le médicament n'est peut-être pas très usité en France ; il jouit, au contraire, d'une grande vogue en Italie, en Espagne et dans l'Amérique latine.

L'action hypotensive de l'ail est nette. Injecté dans la veine de l'animal, il provoque une chute tensionnelle de 3 à 5 degrés, qui dure de 7 à 8 minutes. Cette chute de tension s'accompagne de bradycardie ; elle ne résulte pas d'une action du vague, puisque les mêmes résultats expérimentaux sont obtenus sur des animaux atropinisés. L'ail est essentiellement un vaso-dilatateur des capillaires, il entraîne aussi un certain degré de dilatation artériolaire puisqu'il dilate les artères rétiniennes.

L'emploi de l'ail en thérapeutique se heurte à un seul inconvénient : il contracte le rein ; c'est dire que, chez un certain nombre d'hypertendus, à la fonction rénale médiocre, il ne doit être utilisé qu'avec prudence. Il a par contre un avantage précieux pour un hypotenseur, celui d'être un tonique du cœur, ainsi que je l'ai montré avec Chailley-Bert.

On peut le prescrire par voie digestive — à la dose de XX gouttes quotidiennes de teinture d'ail. C'est le mode d'administration habituel. J'ai de même obtenu de bons résultats, peut-être plus durables, en injectant sous la peau l'ail, ou plutôt le disulfure de diallyle, en solution huileuse.

Le disulfure de diallyle est l'élément actif de l'ail.

D'autres médicaments agissent sur le vague. Le type en est l'*acétylcholine*. C'est l'esther acétylé de la choline. Préparé par Fourneau et Page, il fut surtout étudié par Villaret et Justin-Besançon.

Expérimentalement, l'acétylcholine est un hypotenseur remarquable. Injectée dans la veine d'un lapin, d'un chien, d'un chat, à la dose de 0,5 milligramme par kilogramme, elle détermine une chute tensionnelle impressionnante, un véritable effondrement à 0. En même temps, le pouls se ralentit. Rapidement, la tension remonte puis baisse à nouveau. Cette action traduit l'excitation du vague : l'acétylcholine est une véritable hormone vagale.

Sous la peau, à la dose de 2 centigrammes par kilogramme, son action est moins brutale, plus étalée. Elle se comporte comme un vaso-dilatateur artériolaire et son action remarquable sur la dilatation des vaisseaux rétiniens a été très bien étudiée par Mme Schiff-Wertheimer.

Chez l'homme, l'acétylcholine est ordinairement administrée par voie sous-cutanée, à la dose quotidienne de 0,10 à 0,20 centigramme. La voie veineuse est très rare-

(1) Conférence recueillie par M. Mande, interne des hôpitaux, et revue par le Professeur.

ment utilisée : ses dangers peuvent être atténués par l'injection intra-veineuse lente, qui est beaucoup mieux supportée, et que j'ai souvent pratiquée.

Dans l'ensemble, l'acétylcholine est très bien tolérée. Elle risque, cependant, dans des cas très rares, de provoquer une forte inhibition cardiaque.

L'action de l'acétylcholine peut être accentuée par son association avec l'yohimbine — que nous avions étudiée avec Lemaire. Son action inhibitrice peut être combattue par l'ouabaïne.

***

J'en arrive maintenant à la partie la plus importante de cette étude : au **traitement de fond** de l'hypertension.

C'est essentiellement sur le sang et l'artère que devra porter l'action thérapeutique.

On a cherché dans des modifications du milieu sanguin la cause de l'hypertension (Carrière et Huriez, Martinet). L'augmentation des protéines et de la cholestérine a été incriminée — mais c'est surtout aux modifications physiques que l'on s'est arrêté. Successivement, on a accusé l'augmentation du poids spécifique du sang, surtout l'augmentation de la viscosité sanguine. Le premier est toujours élevé ; la seconde est inconstante et peu marquée, et les résultats thérapeutiques du citrate de soude qu'on lui a opposé ne sont ni plus nets ni plus constants.

L'augmentation de la tension superficielle du sang est fort intéressante. Elle a fait l'objet de très belles recherches du professeur Clerc et de son élève Sterne. Elle va de pair avec l'hypertension artérielle. Pour abaisser cette tension superficielle, ces auteurs ont proposé *l'octanol*, alcool en C^8, $C^8H^{18}O$, qui est capable en outre de modifier la coagulabilité sanguine et de diminuer les oscillations artérielles. Le médicament est injecté dans la veine, à la dose de 5 à 10 cc. par jour d'une solution à 1/1000.

L'**artère**, enfin, est en dernier ressort l'organe sur lequel il est logique de faire porter l'effort thérapeutique. Il faut en accroître la souplesse et l'élasticité. A cette action deux médicaments visent surtout ; ils portent leur effet sur la paroi artérielle elle-même : ce sont l'*iode* et le *soufre*.

L'iode, on le sait, est le médicament classique de la sclérose vasculaire. Son action est complexe : vaso-dilatateur des artères, il semble amener la résolution des infiltrats de la paroi artérielle, peut-être aussi atténue-t-il la viscosité du sang. Il est surtout employé sous forme d'iodure de sodium à la dose de 0 g. 50 à 1 gramme par jour.

Je ne dis pas que l'iode n'est pas efficace. Je dis que le soufre l'est autant. A mon sens, le **soufre** est le véritable médicament de fond de l'hypertension artérielle permanente. Il peut être employé sous différentes formes certes, mais c'est à l'*hyposulfite de soude*, ce corps si maniable, que je me suis arrêté, 2 à 3 gr. par jour, par voie veineuse de préférence.

Ce n'est pas que le soufre soit, par lui-même, un hypotenseur. Il n'exerce aucune action directe sur le système vaso-moteur artériel. Les premières injections de soufre ne modifient en rien la tension artérielle, il arrive même qu'elles l'élèvent. Il n'amène d'abaissement de la tension artérielle qu'à la longue — et cette notion de temps, nécessaire à son efficacité, suggère l'idée d'une combinaison préalable du soufre avec l'une ou les substances responsables de l'hypertension. L'existence de ces substances hypertensives n'est pas douteuse. Elle fut soupçonnée, il y a bien longtemps déjà, par Abelous et Bardier qui décrivirent une urohypertensine. Abandonnée pendant quelques années en faveur d'une théorie purement surrénalienne, adrénalinique de l'hypertension et de toutes les hypertensions, la présence dans le sang des hypertendus de substances pressives est aujourd'hui admise comme probable par un grand nombre d'auteurs. La nature de ces hypertensines n'est pas absolument fixée : mais la **tyramine** semble bien être, sinon l'unique, du moins l'une des plus importantes de ces substances.

On connait le cycle normal de la tyramine dans l'organisme, son origine intestinale habituelle, son élimination après transformation par le foie et le rein.

Expérimentalement, la tyramine provoque chez l'animal une hypertension passagère tout à fait analogue, quoique moins brutale, à celle que produit l'adrénaline. Elle agit par vaso-constriction périphérique.

Or, si l'on combine *in vitro* le soufre et la tyramine, on obtient un acide tyramine sulfurique qui, injecté à l'animal, ne possède plus aucune des propriétés vaso-constrictives et hypertensives de la tyramine. La tyramine a été comme décapitée par le soufre de ses propriétés physiologiques spécifiques.

L'expérimentation sur l'animal permet, en effet, d'observer la même décapitation physiologique. Il est bien probable que cet acide tyramine sulfurique se forme aussi *in vitro*. Si l'on injecte la tyramine à un animal après une cure de surthionisation de quelques jours, par l'hyposulfite (exactement 3 gr.), l'hypertension obtenue est beaucoup moins élevée et beaucoup moins durable. Ces faits, que nous avons contrôlés expérimentalement avec Lemaire, Cottet et Vignalou, permettent de supposer que la sulfo-conjugaison de la tyramine s'est réalisée dans l'organisme comme *in vitro*, et que le soufre exerce, dans le milieu sanguin, un véritable *blocage* des phénylamines hypertensives.

Ce blocage n'a pas lieu seulement dans le sang. Il a lieu aussi dans l'artère. La paroi artérielle est l'un des tissus les plus riches en soufre de l'organisme. Nos recherches nous ont montré que l'artère, quoique contenant dix fois moins de soufre que le cartilage, en contient dix fois plus que le cœur. C'est le soufre de l'élastine, de l'acide chondroïne-sulfurique, de l'héparine, des mastzellen que l'on retrouve chez certaines espèces animales.

Comme l'artère est aussi un des tissus les plus souples, je pense que le soufre est un élément trophique essentiel de sa paroi. Il joue déjà un rôle protecteur en empêchant ou en diminuant les précipitations calciques et cholestériniques. Il est ensuite un assouplissant. Il maintient l'élasticité artérielle et permet, en quelque sorte, à l'artère d'étaler le choc des bouffées hypertensives.

La marée hypertensive meurt en quelque sorte sur l'élasticité de la paroi artérielle.

Pour ces raisons : amélioration de la nutrition artérielle, neutralisation des substances hypertensives, le soufre me paraît le véritable médicament de fond de l'hypertension.

L'hyposulfite de soude est le produit soufré le plus simple à administrer : on le donnera par la bouche en capsules glutinisées à la dose de 3 à 4 grammes par jour, ou même en injection intra-veineuse de 1 à 2 grammes par jour. Les résultats obtenus, non en un jour mais en un mois, sont souvent remarquables et durables.

***

Tels sont les principaux médicaments de l'hypertension. Certes, on n'en obtiendra pas toujours des résultats favorables, car aucun médicament n'a des effets constants.

Il y a l'hypertension pâle de Volhard qui est le plus souvent rebelle à toute thérapeutique, et l'hypertension rouge sur laquelle on peut agir. L'étude des réflexes oculo-cardiaque et sino-carotidien est indispensable pour les séparer. Nuls ou affaiblis dans le premier cas, positifs dans le second, ils pourront même aider à établir un pronostic. Il existe chez certains hypertendus de véritables *réflexes de riposte* (1), réflexes providentiels qui atténuent l'effet des hypertensines, peut-être en libérant même des substances antagonistes et vasodilatatrices. Ce sont précisément ces réflexes de riposte que le soufre paraît faciliter.

---

(1) M. Loeper, Brouet-Sainton et Vignalou. Voir *Gazette des Hôpitaux*, 1939, n° 61, 2 août. La riposte histamine-tyramine dans l'œdème paroxystique du poumon.


UNE CURE
IODÉE
XX GOUTTES AVANT
CHAQUE REPAS
IODONUCLEOL
SANS DANGER
D'IODISME
Cr. Office d'Éditions d'Art
J. EURY, Docteur en Pharmacie
LABORATOIRE MAUCHANT
GENNEVILLIERS (Seine)

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES HÉMO-HYDARTHROSES TRAUMATIQUES DU GENOU

L'existence d'un épanchement hématique ou séro-hématique dans l'articulation du genou implique la recherche d'une cause osseuse ligamentaire ou méniscale

DIAGNOSTIC POSITIF

Reconnaître une hémarthrose est habituellement aisé :

I. **Le diagnostic est orienté par les commémoratifs :**

A la suite d'un traumatisme dont on fera préciser les modalités (directe, indirecte, torsion, etc.), le sujet a présenté : une impotence fonctionnelle plus ou moins marquée, une *douleur croissante* de distension, et le genou a été le siège d'un *gonflement rapide* en deux ou trois heures.

II. **Le diagnostic s'oriente aussi par l'examen :**

— Dès l'*inspection*, on pense à une hémarthrose devant le gros genou globuleux, en demi-flexion, saillies et méplats effacés et la distension des culs-de-sac synoviaux encadrant en fer à cheval le tendon rotulien.

— A la *palpation*, on recherche immédiatement deux signes capitaux :

1° La fluctuation des culs-de-sac latéro-rotuliens, sous-quadricipital.

2° Le choc rotulien, signe majeur qui peut cependant parfois manquer si l'épanchement est très abondant, ou être remplacé par une sensation de rénitence, s'il existe des caillots de sang.

III. **Le diagnostic est confirmé par la ponction :**

Souvent pratiquée dans un but diagnostic (lésions sous-jacentes) ou thérapeutique surtout, au trocart ou au bistouri avec une asepsie rigoureuse, elle signe le diagnostic en ramenant du sang souvent mélangé de liquide séreux.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

On élimine facilement :

I. **Les épanchements extra-articulaires :**

— une infiltration sanguine périphérique, où le choc rotulien est absent,

— un hématome de la bourse prérotulienne, en sachant que la coexistence avec une hémarthrose est fréquente.

II. **Les hydarthroses traumatiques**, dont la constitution est *lente* et facilement vérifiée par la ponction.

III. **Les hémarthroses** que peuvent donner parfois les *tumeurs osseuses*, les *arthropathies tabétiques*. En fait, diagnostics rarement posés, aidés par les examens radiologiques et le contexte clinique.

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

Essentiellement se pose le *diagnostic des lésions* :

I. Il nécessite un *examen clinique* minutieux du genou :

— l'*inspection* notant les déformations, les ecchymoses liées à une atteinte squelettique.

— la *palpation*, explorant systématiquement les épiphyses osseuses, la rotule, les ligaments, les ménisques.

— la *mensuration*, la recherche des *mouvements*, normaux, de flexion et extension ; anormaux, de latéralité, de tiroir, de rotation sur l'axe.

II. Il nécessite aussi un *examen radiologique*.

Clichés de face et de profil. Incidence spéciale : genou en flexion pour découvrir l'échancrure condylienne et film courbe placé dans le creux poplité.

Les résultats de ces examens permettent d'envisager schématiquement un certain nombre d'éventualités où le diagnostic lésionnel sera plus ou moins aisément orienté.

PREMIER GROUPE DE FAITS

Dans certains cas, en effet, l'hydro-hémarthrose ne tient qu'une place assez minime, car elle accompagne une *lésion importante* de diagnostic souvent facile. Tel est le cas :

1° D'une lésion des *épiphyses osseuses*.

2° D'une lésion de l'*appareil d'extension*.

I. **Lésion des épiphyses osseuses :**

A. Il peut s'agir de FRACTURES DE L'ÉPIPHYSE FÉMORALE :

1° *Fracture supra-condylienne* dont le diagnostic se fera devant la grosse déformation antéro-postérieure « en baïonnette » de la partie basse de la cuisse et la question se pose de l'origine de l'hémarthrose : embrochement du cul-de-sac quadricipital ou propagation articulaire.

Rappeler au passage que le traitement de choix de cette fracture est l'extension par broche.

2° *Fracture sus et intercondylienne en T, V, Y* dont le diagnostic sera évoqué devant une déformation énorme du genou en baïonnette peu accentuée, à laquelle s'ajoute un gros élargissement transversal.

3° *Fracture uni-condylienne*. Le diagnostic en est moins évident, car la déformation est moins importante. Mais on sera orienté par la topographie des points douloureux à laquelle s'ajoute l'attitude en valgus ou varus de la jambe suivant le condyle atteint.

Il faut, en outre, savoir la nécessité fréquente de l'intervention sanglante pour rétablir la continuité de l'interligne.

B. Il peut s'agir de FRACTURES DE L'ÉPIPHYSE TIBIALE :

1° *Fracture uni-tubérositaire*. Le diagnostic est, là aussi, facile devant la déformation très accusée de l'extrémité supérieure de la jambe et la déviation en valgus ou en varus.

L'hémarthrose est spécialement importante du fait de la richesse vasculaire de l'épiphyse.

2° *Fracture bi-tubérositaire en T. V. Y.*

La *radiographie* précisera pour ces deux fractures la *dénivellation* des surfaces articulaires, de sombre pronostic, car compromettant ultérieurement la statique du genou.

3° *Fracture sous-condylienne*. Elle s'accompagne aussi d'un énorme épanchement. Souvent, il n'existe que peu de déplacement, et c'est la graphie qui précisera les traits :

— transversaux dans les fractures hautes, sus-tubérositaires ;

— obliques dans les fractures basses au niveau de la tubérosité.

C. Rapprocher pour mémoire les exceptionnelles LUXATIONS DU TIBIA (antérieure, postérieure, latérale, complète ou incomplète).

L'épanchement sanguin y est beaucoup moins important que dans les fractures et la palpation permet d'identifier les saillies osseuses.

D. Il peut s'agir encore de FRACTURES SANS DÉPLACEMENT OU PARCELLAIRES.

Là, le diagnostic clinique devient très difficile ; seule, la topographie des points douloureux peut quelque peu orienter.

La *radiographie* surtout sera précieuse, révélant :

— une fracture sans déplacement uni-condylienne externe ou interne.

— une fracture parcellaire des condyles : fissure horizontale ou verticale, écrasement partiel du tissu spongieux avec intégrité plus ou moins complète du cartilage articulaire.

C'est aussi la radiographie par l'*artifice du film courbe* qui révélera la *fracture isolée d'une épine tibiale.*

Mais bien savoir que cette lésion n'est généralement reconnue que par élimination après avoir envisagé de nombreux autres diagnostics, car le tableau réalisé est celui d'une *hémarthrose pure, isolée,* sans point douloureux osseux ou ligamentaire.

Ailleurs, on sera orienté rapidement vers une

II. Lésion de l'appareil extenseur :

Un fait est capital, faisant d'emblée penser à cette atteinte : le blessé est dans l'impossibilité de détacher la jambe du plan du lit.

A. Il peut s'agir d'une FRACTURE DE LA ROTULE :

Diagnostic qu'on envisagera tout de suite en raison de la fréquence, diagnostic en outre aisé devant :

— le sillon de la face antérieure de la rotule,

— la mobilité transversale des fragments l'un par rapport à l'autre.

La graphie, outre qu'elle révèle les *fractures sans déplacement* de diagnostic clinique difficile, précisera :

— le siège du trait (partie moyenne ou aux limites de l'os en signalant que la fracture de la pointe, extra-capsulaire, ne s'accompagne pas d'hémarthrose).

— le nombre de fragments (2, 3, fracture étoilée).

L'intervention après préparation cutanée s'impose pour :

— vider l'hémarthrose,

— lever les interpositions fibreuses,

— pratiquer une synthèse.

B. Il peut s'agir beaucoup plus rarement d'une RUPTURE DU LIGAMENT ROTULIEN ou du TENDON QUADRICIPITAL.

Le diagnostic sera envisagé devant :

— la dépression sus ou sous-rotulienne,

— l'abaissement ou l'élévation de la rotule,

tous signes qui peuvent en imposer pour une fracture de la base ou de la pointe de la rotule.

C. Il peut s'agir moins rarement d'une FRACTURE DE LA TUBÉROSITÉ ANTÉRIEURE DU TIBIA.

1° soit *partielle* où tout se borne à un point douloureux local,

2° soit *complète* avec gonflement en croissant sous-rotulien et petit fragment osseux haut situé sous la rotule.

D. Il peut s'agir enfin d'une très rare LUXATION DE LA ROTULE, qui se fait généralement *en dehors.*

Le diagnostic en est facile devant deux signes :

— la découverte, en avant, des condyles fémoraux,

— le repérage facile de la rotule luxée en dehors.

Dans tous ces cas, l'hémarthrose est au second plan à côté des lésions qu'elle accompagne et par elle-même a peu de valeur diagnostique. Il n'en est pas de même d'un deuxième groupe de faits.

(A suivre.)

R. JOUSSEMET,
J. JOUSSEMET-LEFÈVRE.

Le traitement non sanglant des fractures du rachis, fractures récentes, fractures anciennes, technique et résultats, par Pierre MALLET-GUY, préface du professeur R. Leriche. — Un volume de 118 pages avec 54 figures. Prix : 40 francs. Chez Masson et Cie, à Paris, 1938.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

SÉANCE DU 1er OCTOBRE 1940
(Suite et fin)

L'anatomie chirurgicale de l'appareil cristallinien et l'opération de la cataracte. — M. A. ROCHON-DUVIGNEAUD. — Le contenu semi-liquide de l'œil, le corps vitré, est maintenu en place par la cloison zombo-cristallinienne, qui fait barrage au devant de lui. L'ancienne opération de la cataracte par discission de la capsule antérieure laissait cette cloison intacte.

Quand on enlève le cristallin dans sa capsule elle est au contraire rompue et le vitré vient faire irruption dans la chambre antérieure. Cette belle opération de l'extraction totale a donc quelque chose d'antichirurgical, elle détruit l'organisation interne de l'œil. La ventouse à main pour extraction du cristallin, le *Cénostyle,* que P. Noguès a construit sur mes indications, pourra sans doute être modifié de manière à enlever un large disque de la cristalloïde antérieure, permettant la sortie de toute la masse des fibres cristalliniennes tout en respectant la cristalloïde postérieure et par conséquent la barrière zombo-cristalloïdienne.

SÉANCE DU 10 OCTOBRE 1940

La place de l'hystérectomie dans le traitement de l'infection puerpérale. — M. LORIER communique un cas d'hystérectomie sub-totale abdominale faite avec succès le 41e jour du post-partum pour une infection puerpérale due à des anaérobies chez une malade ayant eu une délivrance artificielle et une révision utérine pour hémorragie avec choc après un accouchement normal. L'utérus recueilli aseptiquement ne montrait ni abcès, ni rétention placentaire, mais il recélait trois sortes de germes anaérobies qui avaient été identifiés dans diverses hémocultures.

A cette occasion l'auteur s'efforce de délimiter la place de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale.

La symphysectomie à la Zarate. — M. DEVRAIGNE apporte une modification de la technique de la symphysectomie à la Zarate. Il en inverse les temps, coupe le ligament arqué et respecte le ligament supérieur.

Commission du rationnement. — MM. LENOIR et LESNÉ prennent la parole au nom de la Commission. Voici les conclusions et vœux qui terminent le rapport de M. Lesné.

« L'attention des pouvoirs publics, des médecins et des mères de famille doit être attirée sur les restrictions sévères de la ration imposée à la population (1.220 calories), et sur les inconvénients qui pourront résulter particulièrement chez les enfants, les adolescents, les femmes enceintes ou allaitant, et les ouvriers faisant un travail de force.

Il sera nécessaire d'atténuer dès que possible ce rationnement et il est urgent de chercher à en éviter les conséquences en *répartissant les aliments* suivant les conditions physiologiques des sujets, en favorisant le *transit* et l'*importation* des vivres, en employant des *aliments de complément et de substitution,* et en *instruisant le public* des modifications à apporter actuellement au régime diététique.

Je terminerai donc cet exposé par trois ordres de conclusions et vœux, s'adressant aux *pouvoirs publics,* aux *médecins,* aux *ménagères.*

I

L'Académie insiste auprès des pouvoirs publics sur la nécessité :

1° De favoriser plus que jamais l'*allaitement maternel* ou l'allaitement mixte, et de protéger les femmes enceintes ou allaitant ;

2° De fournir aux nourrissons allaités artificiellement du lait complet sain, pur et propre, dont la pasteurisation sera contrôlée et qui sera conservé au-dessous de 10 degrés, jusqu'à la livraison ;

D'autoriser la fabrication très limitée des laits concentrés et secs demi-écrémés, en contingentant leur production, en contrôlant leur qualité et en réservant leur usage *exclusivement aux enfants de moins d'un an, qui exceptionnellement ne digèrent pas le lait frais.*

De donner aux enfants de moins d'un an, nourris au lait frais, une ration quotidienne de sucre de 30 grammes au minimum, soit 900 grammes par mois, ce qui serait possible en remplaçant chez les adultes le sucre par la *saccharine,* et en apportant cette mutation dans la confection des gâteaux, des bonbons, etc.

3° De doubler chez les femmes enceintes ou allaitant, ainsi que chez les enfants et adolescents de 14 à 20 ans, la ration de viande, de fromage et de matières grasses ;

4° D'assurer le ravitaillement de la population en aliments de complément et succédanés (poisson, boudins de sang de bœuf, caséine, farines de soja, d'arachides, de tournesol, légumes et luzerne desséchés et pulvérisés, huiles végétales variées, etc.), *et d'augmenter d'urgence les stocks de vitamines synthétiques.*

II

L'Académie demande instamment aux médecins :

1° D'insister sur les avantages de l'allaitement maternel qui résout l'alimentation parfaite des enfants du premier âge, et qui est le facteur le plus efficace de la lutte contre la morbidité et la mortalité des nourrissons : l'allaitement maternel ou tout au moins l'allaitement mixte, est possible presque dans tous les cas ;

2° De donner aux mères de famille des conseils précis sur la technique de l'allaitement artificiel avec le lait frais, qui convient à la presque totalité des enfants lorsqu'on varie le volume et la qualité de la dilution ;

3° De ne prescrire que très *exceptionnellement* et *temporairement* (sur certificat légalisé) des laits concentrés ou secs demi-écrémés et exclusivement chez les enfants de moins d'un an ;

4° D'introduire dans le régime des nourrissons des jus de fruits crus ou de tomates dès le troisième mois, et dès le cinquième ou sixième mois des farines, des légumes aqueux, des légumes verts, des pommes de terre et des fruits crus, ce qui constitue avec les trois quarts de litre de lait accordés, une ration complète et suffisante jusqu'à un an ;

5° De compléter la ration azotée des enfants et des adolescents avec des aliments dont la consommation n'est pas restreinte et à l'aide de caséine et des farines riches en protéines (soja, arachides, tournesol, etc.) et la poudre de luzerne ; la ration de lipides sera accrue par l'usage des huiles végétales à défaut de graisses animales ;

6° De recommander particulièrement chez les enfants et adolescents, ainsi que chez les femmes enceintes ou allaitant, une alimentation très riche en vitamines naturelles ou, à défaut, de prescrire des vitamines synthétiques ;

7° De surveiller attentivement et régulièrement *tous les enfants* d'âge scolaire et les adolescents, qui sous l'influence d'un régime insuffisant, carencé et mal équilibré, sont susceptibles de présenter des retards de croissance et de troubles de nutrition les prédisposant à la tuberculose.

Les sports violents doivent, dans les circonstances présentes, leur être interdits.

III

L'Académie considère, qu'il y a lieu de faire immédiatement :

L'éducation diététique des ménagères et des Assistantes sociales et du personnel des œuvres d'enseignement ménager, par des causeries à la T. S. F. et la distribution de tracts, destinés particulièrement aux mères de famille pour leur rappeler l'importance *de l'allaitement maternel*, la technique de l'allaitement artificiel, la façon de pratiquer le sevrage et l'ablactation.

Il est extrêmement utile de donner aux ménagères, pour pallier dans une certaine mesure les inconvénients du régime restreint, des conseils pratiques sur la façon de choisir et de préparer les aliments.

En voici quelques exemples :

Eplucher les pommes de terre et les châtaignes après cuisson. Brosser les légumes sans les peler. Faire les potages avec les fanes de légumes. Cuire les légumes à l'étouffée. Laver les pommes et les poires et les manger sans les peler. Faire des conserves de fruits et de tomates. Préparer des jus concentrés de raisins ou de raisiné. Consommer le beurre cru ou seulement fondu, et le réserver aux enfants, aux adolescents, aux femmes enceintes ou allaitant.

Tels sont, mes chers collègues, les conclusions que nous vous présentons et les vœux que nous vous proposons d'adopter afin que soient accomplis d'urgence les efforts nécessaires pour sauvegarder avant tout la santé des enfants et des adolescents, qui constituent l'avenir du pays. »

Discussion. — MM. Martel et Lapicque apportent quelques remarques intéressantes au sujet de la valeur alimentaire de certains aliments.

L'Académie, *après avoir adopté à l'unanimité les conclusions de M. Lesné*, décide alors de laisser à l'ordre du jour les questions relatives à l'alimentation.

La pratique des maladies de l'estomac, par L. Pron. — Un volume de 123 pages. Prix : 18 francs (collection des petits précis), chez Maloine, à Paris, 1938.

INFORMATIONS

(suite de la page 586)

Clinique des maladies mentales et de l'encéphale. — Le professeur Laignel-Lavastine a commencé son cours à l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales et de l'encéphale à l'Hôpital Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, le mercredi 9 octobre 1940, à 10 heures et le continuera tous les mercredis à la même heure.

Sujets des cours : 9 octobre : Structure du caractère ; 16 octobre : Encéphalite psychosique azotémique ; 23 octobre : Psychoses aiguës d'épuisement somato-psychique ; 30 octobre : Dépression suite d'épuisement somato-psychique.

Tous les samedis, à 10 heures, présentation de malades avec la collaboration de MM. Delay, Desoille, Vinchon, Micoud, Puech, Durand, Bouvet, Chapouland, Asuad, Vidart, Mlle Barret, Deshays, Follin, Gallot, Parcheminey, Prieur et Marette. Tous les mardis à 9 heures, consultation.

Clinique de la Tuberculose. — Hôpital Laennec, 42, rue de Sèvres. — (Prof. M. Jean Troisier). — *Conférences* par MM. Bariéty, agrégé, médecin des hôpitaux et G. Brouet, agrégé, sur « Ce qu'il est indispensable de connaître actuellement pour le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire ».

Dimanche 20 octobre, à 10 h. 30, à la Salle des conférences de la Clinique : *Les éléments radiologiques du diagnostic de la tuberculose pulmonaire.*

Médecins de sanatoriums et de dispensaires. — Un cours en vue du concours et de l'examen d'aptitude aux fonctions de médecins de sanatoriums et de dispensaires, serait fait, du 4 novembre au 14 décembre 1940, avec le concours de MM. Bezançon, Sergent, Rist, Courcoux, Debre, Ameuille, Pruvost, Sorrel, Jacob, R. Monod, Et. Bernard, Maurer, Leroux-Robert, Delarue, Poix, Evrot, Brissaud, Vitry, Baron, Rolland, Azoulay, Hautefeuille, Triboulet, Thoyer, Even, Mme Kourilsky, Nico, A. Meyer, Chadourne, Dugas, Bretey, Brocard, Herrenschmidt, Lesobre, Le Melletier, Bour.

Ce cours s'adresse également aux médecins et aux étudiants désireux de revoir, en un cycle complet, les notions récentes cliniques, thérapeutiques et sociales concernant la tuberculose.

Le matin, des stages cliniques avec démonstrations pratiques, seront organisés dans différents services hospitaliers de phtisiologie. Les leçons auront lieu l'après-midi de 15 à 16 heures et de 16 à 17 heures, à la Salle de conférences de la Clinique de la Tuberculose.

Droits d'inscription : 250 francs.

Un certain nombre de bourses et de remboursements de droits d'inscription seront accordés par le Comité National de Défense contre la Tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris.

Les inscriptions sont reçues à la Clinique de la Tuberculose tous les matins, de 10 heures à midi (Dr Brouet), et au Secrétariat de la Faculté de Médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis, vendredis de 14 à 16 heures.

Faculté de Médecine de Bordeaux. — *Enseignement de la médecine coloniale.* — La XXXVe série d'études pour la préparation au diplôme de *médecin colonial* de l'Université de Bordeaux et au brevet de la Marine marchande, aura lieu du 4 novembre au 14 décembre 1940.

Le cours est ouvert et le diplôme est délivré :

a) Aux docteurs en médecine français ;

b) Aux étrangers pourvus du doctorat universitaire, mention *Médecine*, ou d'un diplôme médical dont l'équivalence avec le doctorat universitaire français, mention *Médecine*, aura été admise par la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux ;

c) Aux étudiants en médecine pourvus de seize inscriptions (A. R.), et de vingt inscriptions (N. R.) ;

d) Aux internes des hôpitaux à quelque degré qu'ils soient de leur scolarité.

Pour programme et renseignements, s'adresser au Secrétariat de la Faculté de Médecine de Bordeaux, place de la Victoire, Bordeaux.

Ecole Centrale de Puériculture. — Les cours de l'Ecole Centrale de Puériculture commenceront le jeudi 21 novembre 1940, à 16 heures, 51, avenue Victor-Emmanuel-III, Paris (8e).

Association Amicale des anciens Internes des Hôpitaux. — Le Comité de l'Association Amicale des anciens Internes des Hôpitaux de Paris communique :

1° L'Assemblée générale pour 1940, est, du fait des circonstances, remise à une date ultérieure ;

2° Le Bulletin de l'Association paraîtra dans les plus courts délais possibles. Des démarches sont entreprises en vue de cette parution ;

3° Le Comité attire l'attention sur la perte de leur situation professionnelle des collègues démobilisés, dont le domicile se trouve dans la zone interdite actuellement. Il demande à ces collègues de se faire connaître, et d'autre part, il prie les personnes susceptibles de donner des renseignements sur des situations éventuelles et provisoires de remplacement, de vouloir bien les communiquer au siège de l'Association : Librairie Arnette, 2, rue Casimir-Delavigne (6e). Tél. : Danton 09-60.

Nécrologie

Nous apprenons, avec une vive peine, la mort du Dr Franck Baraduc, ancien interne des Hôpitaux de Paris (1893), ancien aide d'anatomie à la Faculté de Médecine, médecin consultant à Châtelguyon, et du Dr Edouard Joltrain, ancien interne des Hôpitaux de Paris (1906), médecin inspecteur des épidémies, ancien directeur de l'Institut de recherches de l'Hôpital Cochin, membre de l'Académie Royale de Médecine de Belgique.

LIVRES NOUVEAUX

Enfants dans la brume, par le Dr de Parrel et Mme Louise Matha. — Un volume in-16 de 250 pages, broché, 20 fr. Librairie Hachette.

L'ouvrage du Dr de Parrel et de Mme Louise Matha est un acte de foi en un avenir meilleur. Après avoir posé, dans son attristante objectivité, le problème de l'enfance entravée et des mères anxieuses, les auteurs établissent tout le programme des solutions à y apporter. Forts d'une longue expérience technique, ils définissent les *principes directeurs de la rééducation* ; ils précisent les *conditions requises pour exercer efficacement la noble mission de rééducateur* ; ils indiquent les *résultats* remarquables qu'on peut obtenir par l'application de méthodes souples, plurivalentes, adaptées aux diverses catégories de déficiences.

Un des éléments indispensables à l'organisation nationale de la récupération du capital humain improductif représenté par la masse des enfants entravés ou négligés, serait la prescription légale du *Service Social Obligatoire des Femmes.* L'Homme sert pour la sauvegarde du Pays ; la Femme doit servir pour la sauvegarde de l'Enfant. Si une telle loi entrait en vigueur, l'avenir de la France s'en trouverait transformé. Les auteurs en apportent la preuve évidente.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 65-66. — 16-19 OCTOBRE 1940. 113e ANNÉE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — RÉPARTITION DES INTERNES ET DES EXTERNES.

I. — *Internes* : Les internes ayant été mobilisés et entrant en 2e, 3e et 4e années d'internat, pourront conserver les places qu'ils avaient retenues pour le deuxième semestre 1939-1940.

Les internes de la promotion 1938, à l'exclusion des internes femmes et des internes non soumis aux obligations militaires (ces deux dernières catégories d'élèves ayant pris des services en 1939), commenceront leur internat en avril 1941.

En ce qui concerne, par ailleurs, les externes en premier titularisés, la date de leur prise de fonctions est fixée au mois d'avril 1942.

Toutefois, à l'issue du choix, les places qui resteront vacantes pourront leur être données à titre provisoire et sous réserve du droit de priorité que les internes actuellement prisonniers auront la faculté d'exercer au moment de leur libération.

Le temps d'internat accompli pendant la durée des hostilités par les internes non mobilisés et par les internes femmes leur sera compté.

Toutes places d'internes qui n'auront pas été retenues avant septembre 1939 seront mises au choix.

Il en sera de même des places dont les titulaires sont actuellement prisonniers, étant bien entendu qu'elles seront attribuées à titre provisoire et en attendant le retour des intéressés.

II. — *Externes :* Les places d'externes seront attribuées aux externes titulaires dans les conditions habituelles, c'est-à-dire : autorisation de se faire retenir par un chef de service pour tous les externes, à l'exclusion de ceux entrant en première année ; choix des places suivant l'ordre d'ancienneté déterminé par l'année et le rang d'externat.

Les externes mobilisés, à l'exclusion des externes de première année, pourront conserver les places qu'ils auront retenues pour le deuxième semestre 1939-1940.

III. — *Séances de classement :* Le choix des places a commencé à l'Hôpital Laennec, 42, rue de Sèvres, salle des consultations de spécialités, aux dates suivantes : Internes entrant effectivement en 4e année : le mardi 15 octobre 1940, à 15 heures. — Internes entrant effectivement en 3e année : le mercredi 16 octobre 1940, à 15 heures. — Internes entrant effectivement en 2e année : le jeudi 17 octobre 1940, à 15 heures. — Internes entrant effectivement en 1re année (dans la limite des places disponibles) : le vendredi 18 octobre 1940, à 15 heures. — Internes titularisés et externes en premier (dans la limite des places disponibles) : le samedi 19 octobre 1940, à 15 heures. — Externes de 6e et de 5e années : le lundi 21 octobre 1940, à 15 heures. — Externes de 4e année : le mardi 22 octobre 1940, à 15 heures. — Externes de 3e année : le mercredi 23 octobre 1940, à 15 heures. — Externes de 2e année : le jeudi 24 octobre 1940, à 15 heures. — Externes de 1re année : le vendredi 25 octobre 1940, à 15 heures.

L'entrée en fonctions est fixée au vendredi 1er novembre 1940 pour les internes en médecine, et au lundi 4 novembre pour les externes.

Faculté de Médecine de Paris. — ÉLECTION DU DOYEN. — Dans sa séance du 10 octobre, le conseil de la Faculté a élu doyen à l'unanimité, M. le professeur Baudouin, en remplacement de M. le professeur Tiffeneau, parvenu au terme de son mandat.

M. le professeur Baudouin assumait, depuis quatre mois, avec une dignité à laquelle tous rendent hommage, les fonctions de doyen. Qu'il nous permette de lui adresser nos très affectueuses félicitations.

Instruction publique et jeunesse. — Un décret en date du 21 septembre 1940, supprime les classes de sixième B des lycées et collèges.

Les élèves admis, à la suite de l'examen d'entrée dans les classes de sixième des lycées et collèges, choisiront entre l'enseignement classique (ancienne section A), et l'enseignement moderne (ancienne section B).

Ceux qui choisiront l'enseignement classique entreront dans les lycées et collèges.

Ceux qui choisiront l'enseignement moderne seront versés dans les cours préparatoires des écoles primaires supérieures ou dans les classes du cours supérieur (2e année) des écoles primaires élémentaires. Ils y seront admis sans avoir à justifier de la possession du certificat d'études primaires élémentaires. (*J. O.*, 6 octobre 1940.)

Guerre (*Active*). — Sont rayés des cadres de l'armée active par limite d'âge, et sont nommés avec leur grade dans la réserve : MM. les médecins lieutenants-colonels, de Chaisemartin, Mulot et Adde. (*J. O.*, 2 octobre 1940.)

Les élèves de l'école du service de santé ci-après désignés, reçus docteurs en médecine le 15 juin 1940, sont nommés au grade de médecin sous-lieutenant, à dater du 16 juin 1940 :

MM. Achiary, Auger, Barrie, Benoist, Berger, Betrom, Boileau, Camou, Caron, Colonna, Dameron, Flachaire, Guyomarc'h, Kaydel, Legeais, Le Saux, Luciani (D.), Luciani (P.-J.), Magnani, Mahe, Maillefert, Martin, Mases, Merouze, Michal, Moras, Pezerat, Porra, Quemener, Rossi, Roy, Sailleur, Schmitter, Seux, Terneau, Tetart, Valette, Voegtlin. (*J. O.* 4 octobre 1940.)

Renseignements

A céder, cause maladie, Cab. Méd., belle client., 7e et 15e arr. Belle install. Gd conf. Chauffé cet hiver. Loyer intéress. Ecrire : Deniau, 142, rue Courcelles.

Voir la suite des Informations, page 613.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

De l'Ordre des Médecins

S'il est une institution souhaitable et urgente — et il n'est pas besoin d'en indiquer les raisons — c'est bien celle de l'Ordre des Médecins ; par contre, il convient de dire combien il est regrettable que cette création se heurte à des oppositions qui en retardent la réalisation.

On sait que le Secrétaire général à la Santé Publique a élaboré un projet qui apparaît parfaitement adapté aux circonstances présentes : nommé directement par le ministre, un Conseil national désigne les membres des Conseils régionaux qui, à leur tour, choisissent ceux des Conseils départementaux. Tout cela est bien en conformité avec l'esprit de toutes les réformes en cours.

Or, il semble qu'on n'ait pas encore compris partout qu'un nouvel état de choses était indispensable et que ce nouvel état devait avant tout être libéré des méthodes déplorables qui nous ont conduits à notre ruine ; à travers des objections de principe, toujours aisées à mettre en avant pour masquer le but poursuivi, on se rend aisément compte que des questions de personnes sont mises en opposition avec l'intérêt général.

Le mode de nomination des membres des Conseils est critiqué par ceux qui regrettent les procédés parlementaires d'antan. Cependant, quiconque veut bien considérer objectivement les faits, voit tout de suite que l'Ordre est fonction de la Corporation ; que, tant que celle-ci n'est pas installée et n'a encore pu donner les résultats qu'on est en droit d'en attendre, il serait prématuré de vouloir demander à un Corps qui n'est pas constitué d'exprimer, pour cette désignation, des avis donnant toute garantie d'opportunité ; il n'est, pour en être convaincu, qu'à se souvenir du passé.

Et même, à la lumière de ce qu'on a pu observer ailleurs, il est permis de se demander si la nomination par des Conseils choisis judicieusement et en toute indépendance, ne serait pas une méthode heureuse qui permettrait d'éviter, même dans l'avenir, bien des erreurs et bien des marchandages ; toutes choses qui ne nous ont fait que trop de mal au cours des périodes récentes que nous avons vécues.

A. Herpin.

LABORATOIRES EN ACTIVITÉ ET LEURS PRODUITS

Laboratoires F. Hoffmann-La Roche & Cie

10, rue Crillon, Paris (4e). — Arc. 91-10

Insuffisances cardio-rénales	ADOVERNE « **ROCHE** »
Analgésique renforcé	ALLONAL « **ROCHE** »
Vitamine B_1 *cristallisée*	BÉNERVA « **ROCHE** »
Insuffisances hépatiques graves	BIOLIPASE « **ROCHE** »
Analeptique central cardio-respiratoire	CYCLITON « **ROCHE** »
Brome organique	DIBROMOTYROSINE « **ROCHE** »
Iode organique	DIIODOTYROSINE « **ROCHE** »
Vitamine E synthétique	ÉPHYNAL « **ROCHE** »
Thérapeutique antianémique équilibrée et totale	GLOBINOFER « **ROCHE** »
Toutes anémies graves	HÉMOSTRA « **ROCHE** »
Traitement biochimique des ulcères gastro-duodénaux	LARISTINE « **ROCHE** »
Caséine-calcium	LAROSAN « **ROCHE** »
Vitamine C synthétique cristallisée	LAROSCORBINE « **ROCHE** »
Les 4 vitamines essentielles A, B_1*, C, D*	NESTROVIT
Hormone œstrogène. Onguent pour prurit vulvaire	ŒSTROGLANDOL « **ROCHE** »
Opium total injectable	PANTOPON « **ROCHE** »
Péristaltigène synthétique. Antimyasthénique	PROSTIGMINE « **ROCHE** »
Antalgique. Antipyrétique	SARIDON
Na Br *dissimulé. Bouillon savoureux*	SÉDOBROL « **ROCHE** »
Hypnogène non barbiturique	SÉDORMID « **ROCHE** »
Le plus maniable des hypnotiques	SOMNIFÈNE « **ROCHE** »
Tous les spasmes	SPASMALGINE « **ROCHE** »
Spasmolytique synthétique	SYNTROPAN « **ROCHE** »
Pansement gynécologique idéal	TAMPOL « **ROCHE** » au Thigénol
Toutes affections des voies respiratoires	SIROP « **ROCHE** » au Thiocol
Toutes indications de la médication thyroïdienne	THYROXINE « **ROCHE** »
Convalescences. Surmenage. Asthénie	TONIQUE « **ROCHE** »

Voir la suite des Laboratoires page 614.


UNE CURE
IODÉE
XX GOUTTES AVANT
CHAQUE REPAS
IODONUCLÉOL
SANS DANGER
D'IODISME
Cr. Office d'Éditions d'Art
J. EURY, Docteur en Pharmacie
LABORATOIRE MAUCHANT
GENNEVILLIERS (Seine)

TRAITEMENT DE L'AGRANULOCYTOSE PAR LES NUCLÉO-PENTOSIDES

Par L. Babonneix

Membre de l'Académie de Médecine

On sait qu'en 1922, Werner Schultz décrivit une affection nouvelle caractérisée par des manifestations de deux ordres : clinique et hématologique. Aux premières ressortissent les troubles de l'état général : fièvre, malaise, chute de la tension artérielle et, surtout, apparition de processus ulcéro-nécrotiques, dont les plus importants intéressent les amygdales ; aux seconds, des modifications spéciales de la formule sanguine, portant sur les polynucléaires, les granulocytes, toujours très diminués de nombre, et qui, dans les formes les plus sévères, ont complètement disparu, d'où les noms d'*agranulocytose* (Friedmann), d'*angine agranulocytique*, de *granulocytopénie*, d'*hémopathie agranulocytaire* (Sabrazès et Saric), de *leucopénie pernicieuse* (Fitz Hughes, Thomas et Krumbhaar), de *malignant neutropenia* (Doan, Schilling), de *neutropenic state* (Doan).

Renvoyant aux classiques mémoires d'Aubertin et Robert Lévy, de J. Chalier, J.-F. Martin et H. Naussac, de Sabrazès et Saric, pour la question de savoir si, à côté de l'agranulocytose-maladie, il ne faut pas réserver une place aux syndromes agranulocytaires et si, dans son étiologie, infection et intoxication n'interviennent pas souvent, représentées, celle-là, par des septicémies, dont l'infection à streptocoque hémolytique paraît la plus fréquente, celle-ci, par des intoxications médicamenteuses, au premier rang desquels figurent le pyramidon et ses composés, nous rappellerons que, pendant des années, le traitement de l'agranulocytose, qu'il s'adressât aux transfusions, à la radiothérapie ou aux extraits hépatiques, ne donnait que de médiocres résultats.

Le 14 novembre 1931, paraît, dans *The Journal of the american medical Association* (volume 97, n° 20, p. 1436-1440), le mémoire capital d'Henry Jackson, de Frédéric Parker, de James F. Rinehart et de F.-H.-L. Taylor, intitulé *Studies of diseases of the lymphoid and myeloid tissues. VI. The treatment of malignant neutropenia with pentoses nucleotides*. Dans ce mémoire, après avoir rappelé que, dès 1924, l'un d'eux (H. Jackson) avait montré la présence, dans le sang normal comme dans les noyaux des cellules vivantes, des nucléotides pentosiques, ils étudient les effets de ces substances contre l'agranulocytose. Leur travail comprend les chapitres suivants :

1° *Propriétés physico-chimiques et pharmacodynamiques* des nucléotides du pentose ;
2° *Indications* et *contre-indications ;*
3° *Technique de leur emploi ;*
4° *Résultats* qu'ils leur ont donnés ;
5° Mécanisme de leur action.

C'est ce même ordre que nous allons suivre dans cet article, qui résume le rapport présenté à l'*Union thérapeutique*, le 21 mars 1940, par nous-même et H. Busquet.

Etude pharmacologique des nucléotides pentosiques

Tout d'abord, quelques mots d'ordre *chimique*. Depuis l'époque où Miescher découvrit, dans les leucocytes du pus, la nucléine, et, dans le sperme du saumon, l'acide nucléinique, on sait que cet acide est constitué par un ensemble de corps spéciaux, les nucléotides, dont le plus anciennement connu est l'acide inosique (Liebig, 1847). Soumis à l'hydrolyse, cet acide se clive en deux : l'acide phosphorique, d'une part, et, de l'autre, un glucide (ribose) combiné à une base azotée, l'acide estérifiant le glucide. Le complexe : glucide-base azotée est un *nucléoside*, le complexe acide phosphorique + nucléoside est un *nucléotide*.

Aux *mononucléotides*, ainsi définis et représentés par l'acide inosique, s'opposent les *polynucléotides*. Soumet-on à une hydrolyse ménagée l'acide nucléinique extrait de la levure de bière, sa molécule se scinde en quatre constituants :

Acide phosphorique + guanosine
» » + adénosine
» » + cystidine
» » + uridine

Or, la guanosine, l'adénosine, la cystidine et l'uridine sont des nucléosides, car leur dédoublement donne les produits suivants :

Guanosine = Ribose + guanine
Adénosine = » + adénine
Cystidine = » + cytosine
Uridine = » + uracile

Cet acide est donc constitué par le groupement des quatre nucléotides suivants :

Acide phosphorique = Ribose + Guanine
» » = » + Adénine
» » = » + Cytosine
» » = » + Uracile

ce qui fait de lui un tétranucléotide.

Renvoyant, pour tous détails complémentaires, au travail de H. Bredereck, qui, le premier, a fait la synthèse de ce corps, nous indiquerons seulement que les nucléotides sont des corps pulvérulents, solubles dans l'eau, insolubles dans l'alcool.

Passons à l'*étude pharmacodynamique*, mise au point par H. Busquet. Les nucléotides pentosiques sont peu toxiques et n'exercent aucune action irritante locale sur l'appareil circulatoire, contrairement au nucléinate de soude. Ils produisent un effet hypertenseur passager et une augmentation prolongée de l'amplitude des contractions cardiaques. Certains (adénosine) dilatent les coronaires. Quant au tétranucléotide, il est nettement hypertenseur et provoque une vaso-constriction rénale accentuée (H. Busquet). Dans la chimie de la contraction musculaire l'acide adénylphosphorique joue un rôle considérable (Lohmann), rôle moindre dans l'excitabilité et la contractilité, encore qu'il soit plus marqué pour la fibre lisse que pour la fibre striée. L'action sur le système nerveux est peu marquée (H. Busquet). La croissance est accrue, ce qui semble dû aux nucléosides pyrimidiques.

On peut se demander ce que deviennent, dans l'organisme, les nucléotides : ils sont désintégrés par des ferments spéciaux : la polynucléotidase (Leven) transforme d'abord les polynucléotides en mononucléotides, alors entre en jeu une nucléosidase qui sépare le ribose de la base. Les produits de désintégration sont surtout éliminés par le rein.

Rappelons encore que : 1° les nucléopentosides jouent un rôle important dans la plupart des actes physiologiques ; 2° la vitamine B2 est un nucléoside qui, dans l'intestin, se transforme en nucléotide ; 3° que la cozymase et la codéhydrase sont aussi des nucléotides ; 4° que le médecin a à sa disposition nombre de produits à base de nucléotides :

L'acide nucléinique (ou nucléique) du Codex, insoluble dans l'eau et l'alcool, reconstituant, antiinfectieux, urolytique, qu'on prescrit à la dose de 0 g. 10 à 0 g. 20 par jour, en cachets ou en pilules ;

Le nucléinate de soude, soluble dans l'eau, qu'on emploie aux mêmes doses et qui sert aussi en injections sous-cutanées ;

L'acide thyminique, soluble dans l'eau, qui dissout l'acide urique *in vitro*, et qu'on prescrit dans la goutte chronique à la dose de 0 g. 50 par jour, en deux fois, dans la goutte aiguë, aux doses quotidiennes de 1 g. à 1 g. 50.

Les nucléotides existent aussi dans nombre de spécialités françaises.

Indications et contre-indications

Si vraiment, comme nous le rappellerons dans un instant, les nucléotides de pentose agissent en stimulant la maturation des granulocytes, ils sont *indiqués* dans tous les cas où elle est arrêtée.

Est-ce à dire qu'ils conviennent à toutes les agranulocytoses ?

On a dit qu'ils donnaient surtout de bons résultats dans l'agranulocytose aiguë, essentielle, au début (Stein), et qu'ils convenaient moins aux agranulocytoses chroniques, comme aux cas où il s'agissait plutôt d'un syndrome agranulocytaire, d'origine infectieuse, ou encore à celles où l'affection est due à une carence alimentaire (Sabrazès et Saric). Ces opinions sont loin d'être admises par tous.

Plus nettes sont les *contre-indications ;* « la leucémie, les septicémies sans neutropénie ni leucopénie » (H. Jackson).

Technique de leur emploi

Celle qu'ont recommandée Henry Jackson et ses collaborateurs, est encore celle que l'on suit aujourd'hui.

Après avoir employé des P. N. utilisés dans leur laboratoire, ces auteurs se sont adressés à une maison spécialisée qui, se conformant à la technique de Jones et Perkins, a mis à leur disposition un produit nommé N. K. 96.

Dans les cas *aigus*, 10 cm³ d'une solution à 7 p. 100 étaient injectés quotidiennement, quatre jours de suite, par voie intra-veineuse. On administrait également, les mêmes jours, 0 g. 70 dans 10 cm³ en injection intra-musculaire, et, ensuite, chaque jour, jusqu'à guérison définitive.

Survient-il une *rechute*, on recommence le traitement, dont les résultats doivent, en tout cas, être contrôlés par des examens hématologiques en série.

Dans les cas *chroniques*, le même traitement fut prescrit deux semaines, interrompu pendant une période de même durée, et continué pendant quatre mois.

En 1932, au cours d'une discussion, H. Jackson recommande les injections intra-musculaires bi-quotidiennes de 10 cm³ de la solution ci-dessus indiquée. Doan déclare associer aux P. N., s'il y a lieu, une médication antiinfectieuse.

Passons sur les essais de ceux qui, aux P. N., ont substitué divers produits : *crème concentrée de leucocytes*, *extrait* ou *émulsion* des mêmes éléments, *sang de fébricitant*, riche en P. N., pour nous arrêter un peu plus sur l'addition, au traitement proposé par H. Jackson et ses collaborateurs, d'*atropine* en injections sous-cutanées, laquelle est censée prévenir les *accidents* signalés par maint auteur à la suite des injections intra-veineuses.

D'après Brugsch, Lautsch et Wichert, si l'on veut éviter tout accident, il est indispensable de prendre les précautions suivantes :

Choix du moment : trois heures après le repas ;

Nombre des injections : 2 par jour, 4 de suite ;

Lenteur de l'opération, qui ne doit pas durer moins de vingt minutes ;

Injection sous-cutanée, un quart d'heure avant l'administration de P. N., *d'un quart de milligramme de sulfate d'atropine.*

Il arrive parfois qu'au moment de la guérison, se produise une suppuration, dont le malade ne pouvait faire les frais auparavant par suite du manque, dans le sang, d'un nombre suffisant de polynucléaires (H. Jackson et ses collaborateurs).

Les résultats

Les succès.

Dans une première série (1931), portant sur 20 cas, 13 A. aiguës, 5 leucopénies avec extrême abaissement des granulocytes, liées à une infection, et 2 consécutifs à une intoxication par le benzol, H. Jackson et ses collaborateurs notent 14 guérisons (soit 70 %).

Les premiers symptômes d'amélioration sont d'ordre clinique : chute de la température, disparition des ulcérations, se manifestant dès le troisième ou le quatrième jour du traitement, quelle que soit la durée antérieure de la maladie. Quant aux modifications d'ordre hématologique, elles surviennent du quatrième au septième jour, généralement *le cinquième.* Au dixième, le nombre total des leucocytes, comme celui des polynucléaires, est redevenu normal.

Quelle que soit la cause des accidents, l'évolution des A. aiguës traitées par les N. P. est la même, et la guérison rapide, alors qu'avec les autres méthodes thérapeutiques, elle est toujours longue, la fièvre persistant encore un certain temps.

Dans les deux cas d'A. chronique d'origine benzolique, il est difficile d'être aussi affirmatif. Tout ce que l'on peut dire, c'est que la tendance spontanée à la guérison a paru favorisée par la médication : ajoutons qu'il s'agissait de formes sévères, dont l'une avait déjà nécessité une transfusion.

Dans une seconde série (1932), portant sur 69 cas, dont 9 ont été éliminés pour diverses raisons, on note, sur ces 60 cas : Agranulocytose : 38 guérisons définitives, 7 rechutes qui guérirent par la reprise du traitement, 2 rechutes foudroyantes. Neutropénie maligne : 11 guérisons sur 13 cas.

Depuis cette époque, divers auteurs ont recouru à la méthode de Jackson. Leurs résultats peuvent se répartir en plusieurs catégories :

Guérisons ;

Résultats douteux, d'interprétation diverse : coïncidence, institution tardive du traitement, possibilité de rémissions spontanées ;

Echecs, qu'expliquent, selon les cas, la gravité de la maladie, l'intervention trop tardive du traitement, l'administration de doses insuffisantes, le fait que les pentonucléotides ont été employés, non dans une agranulocytose vraie, mais dans une pseudo-agranulocytose.

Il faut reconnaître, en toute impartialité, que les P. N. donnent, dans le traitement de l'agranulocytose, des résultats très supérieurs à tous les autres, ainsi qu'en témoigne la statistique de Doan :

Statistique de mortalité concernant la « neutropénie maligne »

Traitement	Cas	Mort	Mortalité %
Non traités	Beaucoup		90
Traitements associés ..	178	133	74
Arsphénamides	33	24	72
Transfusions	53	34	64
Irradiations	64	34	53
Nucléotides	44	11	25


ÉPHÉDRINE
HOUDÉ
GRANULES
TITRÉS
A 1 ctgr,
Stimulant du système sympathique
ASTHME
RHUME DES FOINS
HYPOTONIE
Chaque granule est exactement
titré à 1 centigr. de chlorhydrate
d'Ephédrine
PRODUIT PUR - NATUREL
NON SYNTHÉTIQUE
Administration simple,
pratique, faible toxicité
DOSES :
Curative : 5 à 15 centigr. par
jour, en débutant par une
dose faible (2 à 5 centigr.)
D'entretien : 5 cent. tous les
2 ou 3 jours (le matin)
Échantillons sur
demande et franco
ÉPHÉDRINE HOUDÉ
60 GRANULES TITRÉS
à 1 centigramme de chlorhydrate
LAURÉAT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(PRIX ORFILA)
DERUFFE
VENTE EN GROS
Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

Le mécanisme de leur action

Les premiers auteurs attribuaient l'agranulocytose à l'épuisement de la moelle. Quoi de plus naturel que de la combattre par les nucléotides pentosiques, puisque ceux-ci exercent sur elle une action stimulante ? A l'*aplasie médullaire* (Schultz), comment ne pas opposer les médications capables de produire de l'hyperplasie médullaire ?

Il n'y a qu'un malheur, c'est que cette fameuse aplasie médullaire est loin d'être constante (Dameshek, Fitz Hughes), Comroe, Krumbhaar et Thomas, n'ont-ils pas, dans la moitié de leurs cas terminés par la mort, trouvé, à l'autopsie, une indiscutable hyperplasie médullaire, contrastant avec la disparition des éléments adultes de la même lignée? Il y avait donc, dans leurs cas, impossibilité, pour les éléments jeunes, de se transformer en éléments adultes, mûrs, *arrêt de maturation*. A quoi attribuer cet arrêt ? Comment le combattre ? Impossible de résoudre ces questions si l'on ne recourt pas à quelque explication d'ordre physiologique.

Pour Doan et Sabin, la moelle osseuse doit être considérée comme un organe dont le rôle consiste à « délivrer » certains produits cellulaires — dont les polynucléaires — en réponse aux demandes que lui adresse l'organisme et qui varient d'un moment à l'autre, de façon à maintenir constamment un certain degré d'équilibre. Pour Doan, le stimulus normal agissant sur la moelle est représenté par l'acide nucléinique et par ses dérivés.

Entreprenant alors l'étude expérimentale de ces produits, Doan, Zerfas, Warren et Ames concluent de leurs expériences que :

1° Les acides nucléiniques et leurs produits de désintégration exercent une action chimiotactique sur les foyers myéloïdes normaux, avec un prompt accroissement dans la « délivrance » des granulocytes destinés au sang périphérique, cette délivrance s'effectuant sous contrôle physiologique et étant soumise à un rythme ;

2° Des injections intra-veineuses répétées et abondantes des mêmes produits ne déterminent ni épuisement, ni hyperplasie maligne de la moelle ;

3° A petites doses, ils stimulent le pouvoir granulocytopoiétique de la moelle normale, sans la léser, sans en troubler le fonctionnement, cette stimulation aboutissant à une augmentation relative et absolue des granulocytes amphophiles dans la circulation sanguine.

Dans quelle mesure ces données expérimentales sont-elles applicables à la clinique ? C'est encore à C. Doan que nous devons de pouvoir répondre à cette question.

Dans plusieurs cas de « malignant neutropenia », cet auteur a dressé, avec le plus grand soin, les courbes des divers éléments du sang, avant, pendant et après l'emploi des nucléotides.

De l'analyse de ces cas, il tire les éléments d'une ingénieuse théorie concernant la thérapeutique de l'agranulocytose. Qu'elle s'adresse aux transfusions, aux rayons X ou à l'administration de nucléotides, elle agit toujours de la même façon : en apportant à l'économie le « facteur stimulant » qui lui manque et qui, seul, permet la maturation des éléments de la série myéloïde.

Comment, en effet, comprendre l'efficacité des transfusions, si ce n'est en admettant que le sang du donneur apporte au récepteur un certain nombre de granulocytes neutrophiles qui, par leur désintégration, mettent en liberté ce facteur ? A deux conditions, toutefois : que ce principe y figure à un degré suffisant de concentration et que la moelle du malade contienne encore un nombre suffisant de myéloblastes et de myélocytes.

La même hypothèse peut être formulée — *mutatis mutantis* — au sujet des rayons X, qui pourraient bien agir en détruisant un certain nombre de foyers myéloïdes de la moelle, et en mettant ainsi en liberté les nucléotides nécessaires à la maturation des éléments granuleux fournis par les foyers que les rayons ont épargnés. Mais ne manie-t-on pas une arme à double tranchant, capable, dans certaines conditions mal déterminées, moins de stimuler une moelle momentanément défaillante que de précipiter son évolution vers l'aplasie ?

Quant aux nucléotides introduits dans l'économie sous formes d'injections intra-veineuses ou intra-musculaires, ils lui apportent directement le principe qui lui fait défaut.

Nous avons tenu à analyser avec détail les recherches si originales de C. A. Doan. Sans doute, ont-elles fait faire un grand pas à la question. Mais elles ne l'ont pas entièrement résolue. S'il est vrai (Fitz Hughes et Comroe) que la formule hématologique de l'agranulocytose se résume à un contraste entre la moelle osseuse et le sang périphérique, celle-là très riche en myéloblastes et en myélocytes, celui-ci très pauvre en polynucléaires, ou, si l'on préfère, entre la profusion des cellules granulocytiques jeunes et une réduction numérique des cellules mûres (Darling, Parker et Jackson), comment expliquer ce contraste ? Ne faut-il pas, avec Jaffé, admettre que, dans cette affection, la moelle osseuse fabrique des éléments granuleux doués d'une vitalité insuffisante et qui, rapidement, dégénèrent ? Si donc personne n'admet plus l'hypothèse de l'aplasie médullaire, on peut encore hésiter entre les théories de l'arrêt de maturation et de la dégénérescence.

ACTUALITÉS

LES CONFÉRENCES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

LE TRAITEMENT ACTUEL DU CANCER DU SEIN ET SES RÉSULTATS

Par le professeur Antonin Gosset (1)

Malgré les progrès indiscutables réalisés dans sa thérapeutique, le cancer du sein a encore mauvaise réputation et déçoit parfois le chirurgien qui recherche les résultats éloignés de ses opérations.

Cependant, le chiffre obtenu à la Clinique de la Salpêtrière est des plus encourageants puisqu'après cinq ans le pourcentage de survie atteint 38,8 p. 100 sur 387 cas ; ce chiffre a d'autant plus de valeur qu'il est global, représentant la totalité des cancers du sein, opérés de 1919 à 1932, avec une technique bien définie, toujours identique, que chaque observation comporte un examen anatomo-pathologique et qu'enfin les 115 cas non retrouvés sont portés au compte des décès. L'étude de cette importante statistique comporte différents enseignements très complètement exposés dans l'excellente thèse de Guénin.

Le temps écoulé entre le début apparent de l'affection et l'intervention a une grosse valeur pronostique :

S'il est inférieur à un mois, on observe 69 % de survie ; entre un mois et un an la survie n'est plus que de 35,6 % ; après un an elle tombe à 24 %.

Sur le siège du cancer, sur l'âge, sur le rôle de l'extension locale du noyau cancéreux, les constatations faites confirment les données classiques (gravité des cancers des quadrants internes, etc.).

L'élément le plus important est, sans nul doute, *l'extension ganglionnaire*, surtout si l'on substitue à la notion

(1) Résumé par M. Pierre Lance, de la conférence faite le 30 octobre par M. le Professeur Gosset.

d'adénopathie clinique celle d'adénopathie histologique ; il existe en effet un pourcentage d'erreur de un cas sur cinq (18,6 % Guénin), dans l'appréciation de l'adénopathie clinique.

La topographie des voies lymphatiques, telle qu'elle a été décrite par Sappey, Poirier et Cunéo, Rieffel, reste exacte et ce sont ces données anatomiques qui doivent régler les limites de l'exécrèse chirurgicale. Doivent être considérées comme en dehors d'une atteinte chirurgicale raisonnable, les adénopathies profondes rétrosternales et les adénopathies susclaviculaires ; on leur appliquera un traitement par rayons X.

Cette exérèse reste donc fidèle dans ses grandes lignes aux principes donnés par Halsted, puis par A. Gosset en 1908 : exérèse en bloc du sein, des pectoraux, curage de l'aisselle, en remontant le plus haut possible dans l'aisselle, en sacrifiant, si nécessaire, le Nerf du Grand Dorsal.

L'opération sera suivie de trois séries de radiothérapie dans le courant de la première année ; un tel traitement mixte améliore nettement les résultats éloignés :

204 cas traités par la chirurgie seule ont donné une survie de 32,3 % (après cinq ans).

172 cas, traités par l'association chirurgie-rayons X, ont donné 47,7 %.

Cette amélioration porte sur presque tous les cas quelque soit le stade évolutif de la lésion néoplasique et la forme histologique du cancer.

L'excellence de la méthode thérapeutique est encore prouvée par la rareté des récidives locales (6,3 %), ou axillaires (1 %), par rapport à la fréquence des métastases (M. vertébrales 22,1 % ; M. pleuropulmonaires 22,1 % ; Généralisation 20 %).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 15 OCTOBRE 1940

M. le Président adresse ses félicitations à M. Baudouin, qui vient d'être élu doyen de la Faculté de Médecine.

Commission du rationnement. — M. Rathery, rapporteur, étudie le *rationnement des sujets malades* et soumet à l'Académie les vœux suivants :

« 1° La restriction alimentaire imposée constitue une nécessité économique et sociale dont l'Académie n'entend discuter ni l'existence ni l'opportunité.

2° Cette restriction, à s'en tenir aux seuls aliments taxés, aboutit à une ration qui est inférieure de moitié au moins à la ration calorique d'un homme adulte, soumis à un travail moyen. Il est juste de reconnaître que, par une très sage mesure, les pouvoirs publics ont laissé hors de toute taxation un nombre important d'aliments et que leur libre emploi peut permettre, dans une certaine mesure, de fournir au sujet une ration presque suffisante.

L'Académie croit devoir, cependant, attirer l'attention des pouvoirs publics sur l'impérieuse nécessité de laisser ces aliments libérés de toute restriction. Il est à craindre qu'avec l'hiver beaucoup de ceux-ci ne fassent défaut et que, d'autre part, la foule, en se précipitant sur ces denrées, les raréfie à l'extrême. Ces aliments non taxés sont absolument indispensables pour corriger à la fois l'insuffisance calorique, le déséquilibre de la ration et l'insuffisance des vitamines.

3° La ration d'un sujet sain est entièrement différente de celle d'un sujet malade. Chez ce dernier, la ration type proposée ne saurait être utilisée dans l'intégralité de sa constitution ; l'impossibilité de fournir aux malades les rations alimentaires qui leur conviennent aboutirait inéluctablement à l'impossibilité de les soigner.

4° Tout en restant scrupuleusement fidèle à la notion de restriction imposée, l'Académie demande qu'on puisse, tout en ne touchant pas à la restriction calorique globale, faire varier les différents aliments de la ration. Permettre, par exemple, à un diabétique qui digère insuffisamment les féculents de restreindre ceux-ci tout en augmentant la viande et les graisses dont il a un urgent besoin.

5° L'Académie propose ainsi quatre régimes pour les malades : régime lacté, régime lacto-végétarien, régime de restriction carnée, régime de restriction des féculents. En utilisant les indices, il serait aisé de fournir aux sujets ces différents régimes.

6° L'Académie croit cependant indispensable de réserver à certains malades, dont elle a limité à l'extrême les catégories, une ration totale plus élevée : les tuberculeux présentant des lésions indiscutables et en activité, les convalescents de maladies graves. On doublerait ou on triplerait leur ration de matières grasses et de viande.

7° L'Académie demande qu'on autorise, pour certains nourrissons, enfants ou adultes ne supportant pas le lait, la fabrication de laits spéciaux, la vente des farines de tournesol, de soja et d'arachides.

8° Ces divers régimes ne pourraient être fournis à toute personne, que sur la présentation d'un certificat dont le médecin devrait garder l'entière responsabilité.

L'Académie laisse le soin aux pouvoirs publics de prendre toutes les mesures nécessaires pour éviter la fraude ».

Ces vœux sont adoptés à l'unanimité.

Des doses élevées de sucre sont nécessaires aux petits enfants. — M. P. Nobécourt. — On connait bien la quantité de sucre nécessaire aux bébés nourris avec du *lait de femme* jusqu'à 8 mois, âge où ils pèsent 8 kgr. 100 gr. de ce lait contiennent 7 gr. de lactose. Les rations étant établies pour le poids de l'enfant, les quantités de lactose ingéré quotidiennement s'élèvent graduellement de 37 gr. pour un poids de 3 kgr. à 70 gr. pour un poids de 8 kgr., mensuellement de 1.110 gr. à 2.100 gr. pour les mêmes poids.

Le *lait de vache* ne contient que 5 gr. de lactose par 100 cm^3 ; mais il est plus riche en graisse et en matières azotées.

De la première semaine de l'existence à 4 mois, âge où le poids est de 6 kgr., on donne du lait additionné d'un tiers d'eau. Pour que 100 cm^3 de ce mélange contiennent 3 gr. de sucre, il faut en ajouter 3 gr. 50. Si le bébé boit les mêmes quantités de ce lait que de lait de femme, il faut quotidiennement une quantité de sucre augmentant graduellement de 19 gr. pour un poids de 3 kg. à 29 gr. 5 pour un poids de 6 kg.

A partir de 4 mois (6 kg.), on donne du lait pur, auquel on ajoute 2 gr. de sucre pour 100 cm^3. Pour des bébés de 7 et 8 kgr. la quantité quotidienne de sucre nécessaire est de 15 gr. 5 et 16 gr.

Les quantités mensuelles de sucre, qui sont nécessaires, augmentent graduellement de 570 gr. pour un poids de 3 kgr. à 885 gr. pour un poids de 6 kgr. Pour des poids de 7 et de 8 kgr., ces quantités sont de 465 et 480 gr.

Ces quantités sont approximatives et doivent être considérées comme un *minimum*. Beaucoup de bébés présentant des vomissements habituels, des dyspepsies gastro-intestinales, des accroissements insuffisants de poids, des états de dénutrition, bénéficient de doses plus élevées de sucre : 5 gr., 10 gr. et même plus pour 100 cm^3 de lait. Par exemple, un bébé de 3 kgr. aura besoin quotidiennement de 27 gr., de 54 gr. de sucre, soit mensuellement de 810 gr., de 1.620 gr.

M. Nobécourt est donc d'accord avec M. Lenoir et la Commission permanente de l'alimentation sur la nécessité d'attribuer aux petits enfants de fortes doses de sucre.

Méthode d'étude de la fatigabilité dans la myasthénie et diverses affections basées sur la chronaxie. — M. Bourguignon.

Effets de l'ingestion de sucre sur la résistance à l'anoxémie et l'acapnie aux grandes altitudes. — M. Polonovski.

Le rôle de l'Ecole de puériculture dans l'amélioration de la population. — M. Weill-Hallé.

Election de deux membres titulaires dans la première section (médecine). — MM. Gougerot et Noël Fiessinger sont élus au premier tour de scrutin, par 55 et 58 voix.

En proclamant le résultat, M. Pierre Duval, président, a félicité M. Charles Fiessinger, doyen des correspondants nationaux, de la belle élection de son fils qui devient, maintenant, son collègue.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 16 AOUT 1940

Grippe à forme vasculoplégique, pulmonaire et rénale avec azotémie aiguë. — MM. May, Mozziconacci et Mlle Wetzlar. — Observation d'une grippe compliquée d'accidents pulmonaires et rénaux avec dyspnée extrême, hémoptysies et azotémie à 4 gr. 50 par litre. Les faits semblent bien dus à une distension vasculaire aiguë paralytique par inhibition du sympathique et proposent de les nommer *forme vasculoplégique de la grippe*. Du point de vue clinique on note une pauvreté remarquable des signes d'auscultation contrastant avec une image radiographique chargée montrant des opacités diffuses disséminées dans les deux poumons ; même pathogénie pour les troubles rénaux.

Lymphogranulomatose et tuberculose. — M. Lœper. — Observation soulevant la question des rapports de la tuberculose avec la maladie de Hogdkin. Le cas concerne un malade entré à l'hôpital avec des signes d'ictère banal et dont la mort survint au bout d'un mois. On trouva de la lymphogranulomatose dans tout l'organisme, avec un foie et une rate volumineux, et dans le foie des lésions tuberculeuses certaines.

Hépato-néphrite aiguë suivie de néphrite chronique. — M. Aubertin et Mme May-Darhovsky. — Observation d'un malade atteint d'hépato-néphrite aiguë avec 14 gr. d'albumine et 3 gr. 75 d'azotémie qui, après une évolution plutôt favorable, laisse comme séquelle, une albuminurie permanente avec azotémie subnormale, mais élévation de la constante d'Ambard et réduction de la perméabilité à la phénol-sulfone-phtaléine. Les auteurs n'hésitèrent pas à mettre le malade au régime carné, lequel loin de provoquer une recrudescence de l'azotémie, n'empêcha pas celle-ci de décroître régulièrement. D'où la vraisemblance de l'origine hépatique de l'azotémie dans les hépato-néphrites.

Paralysies du nerf cubital chez les cyclistes. — MM. Guillain, Bourguignon, Mlle Corre. — Observations de paralysies bilatérales du nerf cubital chez des sujets ayant effectué en bicyclette, lors des évacuations, des centaines de kilomètres. Cette paralysie est provoquée par la compression de la branche profonde du nerf, entre le plan osseux du poignet et de la paume de la main et le guidon. Pronostic favorable. Guérison par un traitement électrique de dielectrolyse iodée.

SÉANCE DU 23 AOUT 1940

Un cas bénin de pyopneumothorax à bacilles fundulliformis. — MM. Chabrol, Joanny, Claude Laroche. — Observation assez exceptionnelle qui pose deux hypothèses à discuter : S'agit-il d'un pneumothorax tuberculeux secondairement infecté ou d'une infection primitive de la plèvre par des germes anaérobies. Les auteurs pensent qu'un foyer de broncho-pneumonie infectieux sous-cortical a trouvé chez un tuberculeux latent, le prétexte local d'une rupture alvéolaire, dont l'épanchement gazeux et l'infection secondaire de la plèvre ont été les deux aboutissants.

Néphrites érysipélateuses et sulfamidothérapie. — M. Lemierre. — Le traitement par les sulfamides, chez les érysipélateux, a modifié le pronostic des complications rénales. L'auteur rapporte des exemples de poussées aiguës survenues au cours d'une néphrite chronique chez des érysipélateux et des néphrites érysipélateuses aiguës précoces, qui, le facteur infectieux une fois éliminée, grâce à la médication sulfamidée, ont pris rapidement une évolution favorable. (A *suivre*.)

INFORMATIONS

(suite de la page 602)

Défense passive. — La direction de la défense passive, qui faisait antérieurement partie du Ministère de la Défense Nationale, est rattachée au département de la guerre, à compter du 1er octobre 1940. (*J. O.*, 4 octobre 1940.)

Cours de la Faculté de Médecine de Paris

Anatomie. — M. le professeur Rouvière a commencé son cours le lundi 7 octobre 1940, à 16 heures, au Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : Anatomie de l'abdomen et du bassin.

M. le professeur Olivier commencera son cours le mardi 15 octobre, à 17 heures, au Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : Anatomie du thorax (1re année). Anatomie du cou et de la tête (2e année).

M. le Dr Cordier, agrégé, commencera son cours le jeudi 17 octobre 1940, à 18 heures, au Grand Amphithéâtre de l'Ecole pratique et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : Anatomie des membres (1re année). Système nerveux central (2e année).

Bactériologie. — M. le Dr Gastinel, agrégé, chargé du cours professoral, le commencera le vendredi 18 octobre 1940, à 17 h., à l'Amphithéâtre Vulpian et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Sujets du cours : Les bactéries pathogènes pour l'homme.

Hydrologie thérapeutique et climatologie. — M. le professeur Chiray commencera son cours théorique le lundi 14 octobre 1940, à 18 heures, au Petit Amphithéâtre de la Faculté et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Conférences d'hydrologie clinique le mercredi à 11 heures, dans le service du professeur M. Chiray, à l'Hôpital Bichat.

Médecine légale. — M. Duvoir commencera son cours le mercredi 16 octobre 1940, à 17 heures, au Grand Amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure, pendant les mois d'octobre, novembre et décembre 1940.

M. Henri Desoille fera son cours au Grand Amphithéâtre de la Faculté, à la même heure et les mêmes jours, pendant les mois de janvier et février 1941.

Sujets des cours : Attentats aux mœurs, perversions sexuelles, hermaphrodisme, mariage, grossesse, divorce, avortement criminel, infanticide, coups et blessures, blessures accidentelles, le problème de l'identité, morts suspectes, phénomènes cadavériques, asphyxies, intoxications, etc.

Sous la direction de M. Duvoir et de M. Hugueney, professeur à la Faculté de Droit, une série de conférences sur le droit médical, les accidents du travail et maladies professionnelles, les pensions, les assurances sociales, l'assistance médicale gratuite, etc., aura lieu tous les jeudis d'octobre, novembre, décembre 1940, janvier, février 1941, à 18 heures, à l'Amphithéâtre Vulpian de la Faculté de Médecine.

Obstétrique. — M. le Dr P. Lantuéjoul, agrégé, commencera le cours complémentaire d'obstétrique, le mardi 15 octobre 1940, à 15 heures, à l'Amphithéâtre Vulpian de la Faculté, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Sujet de conférences : Grossesse et accouchement. Suites de couches physiologiques.

Pathologie chirurgicale. — M. le Dr Fèvre, agrégé, commencera son cours le mercredi 16 octobre 1940, à 18 heures, au Grand Amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure.

Sujet du cours : Affections chirurgicales des membres et du thorax.

M. le Dr Sicard, agrégé, commencera son cours le mardi 15 octobre, à 17 h., au Petit Amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : Tête, cou, rachis.

Pathologie expérimentale et comparée. — M. le professeur Henri Benard commencera son cours le mardi 15 octobre 1940, à 18 heures, au Petit Amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

Sujet du cours : Foie, rate, rein.

Les travaux pratiques auront lieu à partir du 15 octobre, à 14 heures, au Grand Amphithéâtre de l'École pratique.

Thérapeutique. — Le professeur Ch. Aubertin a commencé son cours le lundi 7 octobre 1940, à 16 heures, au Petit Amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les mercredis et vendredis.

Sujet du cours : Les médications d'organes (poumon, cœur, vaisseaux, sang, tube digestif, foie, reins, système nerveux).

M. R. Turpin, agrégé, a commencé ses conférences le mardi 8 octobre 1940, à 16 heures, au Grand Amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Sujet du cours : Les médications générales (médications anti-infectieuses, antiparasitaires, tuberculose, syphilis, maladies de la nutrition, opothérapie).

Cours complémentaire sur les actualités thérapeutiques (cours portant sur la vitaminothérapie, l'opothérapie, la sulfamidothérapie) ; le lundi à 16 heures, à partir du 3 janvier, par MM. Clec, Lesne, Lhermitte, Cathala, Mouquin, Stevenin, Cottenot, Clément.

Clinique de la Tuberculose. — *Hôpital Laennec*, 42, rue de Sèvres (Prof. M. Jean Troisier). — M. M. Bariéty, agrégé, médecin des Hôpitaux, et M. G. Brouet, agrégé, font, durant le mois d'octobre 1940, quatre leçons sur : « Ce qu'il est indispensable de connaître actuellement pour le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire ». Ces cours ont lieu le dimanche matin, à 10 h. 30, Salle des cours de la Clinique de la Tuberculose.

Troisième leçon : Dimanche 20 octobre : « Les éléments radiologiques du diagnostic de la tuberculose pulmonaire ».

Quatrième leçon : Dimanche 27 octobre : « Les éléments biologiques du diagnostic de la tuberculose pulmonaire ». Techniques de recherche du bacille tuberculeux (examen direct, homogénisation, inoculations). Application aux différents produits pathologiques (crachats, liquide retiré par tubage gastrique, selles). Les réactions tuberculiniques. Le sang des tuberculeux.

Nécrologie

Nous avons le vif regret d'apprendre la mort du Dr Verchère, ancien interne des hôpitaux de Paris (1879), ancien chirurgien de Saint-Lazare, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à Levroux (Indre), le 28 septembre 1940, à l'âge de 84 ans ; du Dr Henri Meige, professeur d'anatomie à l'Ecole Nationale des Beaux-Arts, membre de l'Académie de Médecine depuis 1934, et du Dr Aubourg, ancien interne des hôpitaux de Paris (1900).

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 67-68. — 23-26 OCTOBRE 1940. 113e ANNEE Le N° 60 Centimes.

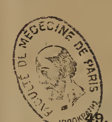
La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :



49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ETRANGER
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.	Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Etudiants : 30 francs par an.	Tous les autres pays : 90 francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	*Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — A Saint-Antoine, l'assistance publique se préoccupe de remplacer par une clinique chirurgicale agrandie et pourvue des derniers perfectionnements, les locaux trop insuffisants de la clinique du professeur Grégoire. La nouvelle clinique comprendra 200 lits et un bloc opératoire moderne.

Faculté de Médecine de Nancy. — M. le professeur Maurice Lucien a repris, le 17 septembre, l'exercice des fonctions de doyen, en sa qualité d'assesseur du regretté doyen Lucien Spillmann.

M. le professeur Maurice Perrin, qui l'avait remplacé pendant plus de trois mois a tenu, au moment de lui remettre le décanat, à souligner la collaboration active et dévouée que les personnels de la Faculté, des hôpitaux et des instituts lui ont apportée pendant des heures difficiles. C'est chaleureusement qu'il a félicité et remercié ses confrères.

Guerre (*réserve*). — Par arrêté du 2 septembre 1940, sont promus, à compter du 25 juin 1940 :

Au grade de médecin colonel : MM. les médecins lieutenants-colonels, Duvoir (M.-E.-M.), Mathieu (P.-A.), Gaud (P.-L.-M.).

Au grade de médecin lieutenant-colonel : MM. les médecins commandants, Mortier (F.-P.), Ebstein (L.-F.), Balme (P.-E.-A.), Bender (X.-E.-A.), Marnata (J.-B.-E.-M.), Laurent (F.-M.-H.), Baldenweck (L.), Labougle (L.-J.-E.-P.), Mercier (R.-G.), Woimant (H.-L.-G.), Nain (M.-E.), Goursolas (P.-P.-M.), Bureau (L.), Delorme (A.-P.-Y.), Payenneville (E.-M.-J.), Pouchet (J.-G.-M.), Petit (G.-J.-J.-E.), Risser (L.), Vittenet (J.-T.-L.), Audouard (G.), De Brisson de Laroche (M.-J.-A.-R.), Treille (R.-A.-G.), Daure (R.-L.), Verhaeghe (E.-O.-J.), Bertrand (M.-A.-J.-P.), Diocles (L.-R.-C.), Fabre de Parrel (J.-G.), Brau (J.-A.), Plontz (H.-J.-E.-G.), Lépine (G.-L.), Brot (L.), Levant (A.-L.), Pruvost (P.-M.-A.), Verne (C.-M.-J.), Dariaux (A.-A.).

Au grade de médecin commandant : MM. les médecins capitaines, Schangel (R.-M.-G.), Houdard (A.-L.-G.), Wolff (P.-E.-A.), Pierron (F.-M.), Sicard (V.-L.-J.-A.), Vannimenus (L.-L.), Bera (A.-I.-J.), Chevassus-Perigny (M.-H.-G.), Perrier (E.-A.-A.), Picard (J.-J.-M.), Taufflieb (R.-G.-A.), Cahuzac (A.-A.-B.), Lagarrigue (H.-A.-A), Leclerq (J.-P.-J.), Dario (H.-F.-J.), Bardon (G.-J.), Papin (F.-F.-M.-J.), Astruc (E.-M.-J.), Sauvage (A.-C.-A.), Verdet (M.-J.-P.-A.), Bollot (M.-V.-E.), Pierson (M.-A.-R.), Valette (E.-J.-P.), Girou (C.-E.), Nalin (P.-P.-A.), Richard (L.-M.), Druesne (S.-F.-J.), Jacot-Lacoussière (A.-J.-M.-G.), Paulet (R.), Ardoin (E.-A.), Cavard (M.-L.-E.), Favre (M.-J.-F.-A.), Lafay (M.-P.-N.), Fenard (H.-V.), Mallet (J.), Roussel (G.-L.-E.), Cornet (J.-L.-M.), Fournier (T.-E.), Camel (M.-J.-E.), Lutel (L.-S.-M.), Sanseigne (J.-L.-M.), Barbier (P.-A.), Bordenave (P.-A.-Y.), Brusle (L.-M.-E.), Cadoul (R.-C.), Divet (L.-C.-H.), Lemosy d'Orel (C.-E.-L.), Leporcq (L.-H.-H.-A.), Maublant (A.-M.-E.), Michard (E.-P.), Mignen (C.A.-R.), Nicollon des Abbayes (G.-M.-J.), Guerin (A.-E.-V.-M.), Abribat (P.-F.-S.), Authelain (H.-A.), Baumgartner (H.-A.-E.), Bernadie (A.-M.-J.), Besnard (L.-J.-F.), Blanc (J.-J.-M.), Bossy (L.-M.-V.-J.), Bourrat (L.-A.), Cadet (J.-E.), Courbe (M.-G.-A.), De Bony de Lavergne (J.-M.-P.-N.), Doulcet (E.-J.), Dutard (M.-J.), Godard (V.-V.-J.), Lechaux (J.-P.-L.), Le Petit (J.-E.-J.), Mathieu (H.), Mercier (C.-E.-L.), Roullet (C.-E.-A.-A.), Trousset (P.-P.), Thiebaux (E.-G.), Dom (E.-G.), Monceau (H.), Boulanger (G.-L.-E.), Tournay (R.), Prieur (F.-P.-L.), Dupre (J.-B.-L.-J.), Poire (L.-G.-A.), Bennejeant (C.-B.), De Pereti de La Rocca (M.-M.-J.-C.-G.), Aubin (A.-L.), Marchal (G.-A.), Behague (P.-V.-L.), Jacquelin (C.), Crussaire (A.-G.-J.), Auber (E.-M.-J.), Larget (P.-M.-M.), Cambessedes (H.-V.-A.), Massart (R.-E.-A.), Chevalley (M.-H.), Henry (J.-R.), Thoyer-Rozat (P.-A.-J.-M.), De Brun du Bois Noir (R.-H.-F.-J.), Meyniard (J.-A.-C.-A.), Vigneul (M.-A.), Courrier (M.-J.-C.-R.), Schaeffer (G.-H.-C.).

(A suivre.)

Ecole de Sérologie de la Faculté de Médecine de Paris. — (Fondation de la Ligue Nationale Française contre le Péril Vénérien). Enseignement donnant lieu à l'attribution du Diplôme de Sérologie de l'Université de Paris (décret du 2 juin 1927).

Les stages, conférences et travaux pratiques auront lieu du 11 novembre 1940 au 11 janvier 1941 à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (14e).

Admission. Diplôme. — Les cours de l'Ecole de Sérologie sont ouverts aux étudiants en médecine pourvus de seize inscriptions, aux médecins français et étrangers, et à toutes personnes agréées par le Conseil de l'Ecole, tous régulièrement immatriculés à la Faculté de Médecine de Paris.

Les cours comprennent : 1° Un stage préparatoire d'une semaine ; 2° Le cours proprement dit : Conférences et travaux pratiques pendant trois semaines ; 3° Un stage d'application de quatre semaines.

Les élèves, après avoir satisfait aux examens, pourront recevoir un diplôme universitaire de sérologie appliquée à la syphilis, décerné par la Faculté de Médecine (décret du 2 juin 1927).

Inscription. Droits. — Les demandes d'inscription doivent être adressées à M. le Dr Sicard de Plauzoles, directeur de l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (14e). S'inscrire de suite, car le cours ne pourra avoir lieu que si le nombre des élèves inscrits est suffisant.

Faire connaître exactement : nom, prénoms, lieu et date de naissance, titres universitaires, hospitaliers ou autres et adresse.

Les demandes d'inscription sont soumises à l'examen du Conseil de direction de l'Ecole.

Les élèves admis recevront un avis dans la première semaine de novembre et devront alors s'inscrire au Secrétariat de la Faculté de Médecine, et payer les droits suivants :

1° Immatriculation (si elle n'est déjà effectuée).	240 francs
2° Scolarité, leçons théoriques A.	250 —
3° — travaux pratiques B.	300 —
4° — — — C.	200 —
5° Frais de stage.	200 —
6° Droits d'examen.	100 —
7° Diplôme	p. m.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr Sicard de Plauzoles, Directeur de l'Institut Alfred-Fournier.

Nécrologie

Nous apprenons avec une vive peine la mort du Dr Eugène Brun, ancien interne des hôpitaux de Paris (1913), chirurgien en chef de l'Hôpital Sadiki, à Tunis. Nous prions sa veuve, Mme Brun-Romme, ancien interne des hôpitaux de Paris, d'agréer l'expression très émue de nos respectueuses condoléances.

— Et du Dr Brousse (à Châtel-Guyon).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A propos de l'Ordre des Médecins

Il est des réformes à introduire dans la pratique médicale qui seraient du ressort des conseils de l'ordre et dont on trouve l'expression dans bien des exposés. Mais parler n'est pas agir et il ne suffit pas pour les rendre possibles d'en exposer plus ou moins heureusement la nécessité : il faut, par ailleurs, ne pas conserver des méthodes qui se sont révélées inopérantes.

Ceux qui s'obstinent ainsi à vouloir continuer la pratique des procédés calqués sur le parlementarisme devraient bien se souvenir que, dans un passé récent, ces procédés n'ont permis aucune action utile. Il est aisé de comprendre combien il serait illusoire de vouloir faire dispenser la justice par des juges désignés par ceux-là mêmes appelés à comparaître devant eux; il est bien évident que s'il est des morts qu'il faut qu'on tue, si on veut supprimer des abus, on ne peut compter le faire si les Conseils qui en connaîtront sont nommés par ceux qui en sont et désirent en être encore les bénéficiaires.

Si donc on désire sincèrement que soient réalisées les réformes indispensables, il faut trancher dans le vif, faire abstraction de tout ce qui est périmé et désuet, de tout ce qui s'est révélé générateur de désordre et d'impuissance ; il faut que soient appliquées, dans notre domaine, les méthodes qui ont permis déjà, dans le cadre général, la réalisation de bien des réformes arrêtées jusque-là par les errements du passé.

A. Herpin.

LABORATOIRES EN ACTIVITÉ ET LEURS PRODUITS

ACTUALITÉS

LES CONFÉRENCES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

LES SULFAMIDES DANS LES INFECTIONS BACTÉRIENNES (1)

Par le professeur Pasteur Vallery-Radot

Détruire par un produit chimique les microbes et cependant laisser les cellules de l'organisme intactes, tel était le rêve qui fut conçu par les initiateurs de la microbiologie, par Pasteur lui-même, par Behring et par Koch. Ce rêve semblait ne devoir jamais se réaliser et cependant, en 1904, Ehrlich et Shiga, en étudiant des matières colorantes dites de benzidine, virent que l'une d'elles, dite le *trypanroth*, avait une action élective sur les trypanosomes de certains animaux.

Deux années plus tard, Maurice Nicolle et Mesnil, à l'Institut Pasteur, complètent ces recherches et montrent que plusieurs colorants azoïques peuvent avoir une action chimiothérapique.

En 1909, Ehrlich continuant ces travaux, montrait que certains dérivés arsenicaux organiques avaient une action sur les spirochètes ; il découvrait l'atoxyl et, plus tard, le 606.

Tels étaient les débuts vraiment magnifiques et grands d'espérance de la chimiothérapie. Mais remarquez que cette chimiothérapie agissait sur les protozoaires. Jusqu'il y a six ans, aucune chimiothérapie n'avait pu être active sur les bactéries. Quelques essais avaient été faits cependant : ainsi on avait montré qu'un dérivé de la quinine, l'optochine, pouvait avoir une certaine action sur le pneumocoque ; on avait montré aussi que la trypaflavine pouvait avoir une action sur le streptocoque. C'était encore de timides essais.

Le 15 février 1935, Domagk publiait un mémoire où il démontrait que par un certain colorant azoïque, la sulfamidochrysoïdine, on pouvait avoir une action formidable sur la septicémie streptococcique de la souris. On appelle ce corps prontosil en Allemagne, rubiazol en France. Il est formé de deux noyaux benzéniques, reliés par une fonction azoïque ; le premier a une fonction sulfamide, le second deux fonctions aminées.

Peu de temps après, en France, d'une part Levaditi, d'autre part M. Tréfouël avec Mme Tréfouël, MM. Bovet et Nitti — dans le laboratoire de Fourneau à l'Institut Pasteur — montrèrent que ce corps avait bien une action extraordinaire sur la septicémie streptococcique de l'animal. Des travaux cliniques virent ensuite le jour et montrèrent que, dans l'érysipèle, si on donne ce corps par voie digestive, l'évolution de la maladie est considérablement écourtée.

Dans le laboratoire de M. Fourneau, à l'Institut Pasteur, M. Tréfouël, avec Mme Tréfouël, Bovet et Nitti, continua à étudier le prontosil et put démontrer qu'il se coupait en deux molécules dans l'organisme : la molécule paraaminophénylsulfamide (ou sulfamide) seule est active. Le sulfamide a, sur les germes, une activité considérable. D'autre part, le sulfamide a une action polyvalente : il agit sur le streptocoque, sur le pneumocoque, sur le méningocoque et aussi sur bien d'autres germes.

(1) Résumé d'une conférence faite le 1er octobre 1940 au Grand Amphithéâtre de la Faculté de Médecine, par M. Pasteur Vallery-Radot (recueillie par le Dr Maurice Roux, chef de clinique à la Faculté, et revue par l'auteur).

Cette molécule sulfamide a été modifiée par les chimistes du monde entier, comme à plaisir.

Tout d'abord, on s'est demandé si on ne pourrait la rendre plus active encore ou plus spécifique. Parmi les corps sulfamidés très nombreux découverts depuis cinq ans, il en est un, d'un usage courant aujourd'hui, et particulièrement intéressant, le 693 ou dagénan.

Je ne vous parlerai que de ces deux corps qu'on emploie en thérapeutique d'une façon courante : le Sulfamide ou 1162-F (appelé encore Septoplix ou Lysococcine ou Néococcyl ou Sulfanilamide ou Prontosil album) et le 693 ou dagénan. Avec ces deux corps vous pouvez faire toute votre thérapeutique sulfamidée.

La posologie de ces composés sulfamidés est bien particulière et doit présenter quatre caractères primordiaux ; en effet, ce traitement doit être :

1° *Précoce*, dès que le diagnostic est porté et surtout s'il s'agit de méningite ou de septicémie ;

2° *Intensif*, devant être important au début et aller ensuite en décroissant ;

3° *Fractionné*, devant être donné par petites doses réparties toutes les quatre heures. En effet, l'expérience montre que le passage dans le sang se fait rapidement, qu'à la troisième heure on trouve le maximum de concentration et qu'ensuite le taux de concentration ne fait que décroître. Ainsi, pour qu'il y ait un taux constant dans le sang, il importe de donner des doses fractionnées toutes les quatre heures ;

4° *Prolongé* : Il ne faut pas cesser le traitement dès qu'on aperçoit une amélioration notable, mais savoir continuer assez longtemps l'administration sulfamidée.

La voie d'introduction habituelle est la *voie buccale* ; les doses moyennes sont de 2, 3, 5 gr. par jour. Mais, dans les cas graves, tels que méningites ou septicémies, on doit donner 8 gr., 10 gr., et même parfois 12 grammes par jour. En même temps, il faut prescrire l'absorption de bicarbonate de soude pour prévenir les douleurs gastriques et l'acidose ; et dans certains cas, on prescrira de l'extrait hépatique pour prévenir l'anémie.

La durée d'administration des composés sulfamidés sera variable : 6 jours, 8 jours, 10 jours, mais ne devra pas excéder 15 jours.

La voie intra-musculaire sera réservée aux cas où l'administration buccale est impossible. On peut employer : soit le *soludagénan*, qui est une solution à 33 %, mais assez douloureuse par suite de son pH élevé (on peut injecter, 4 à 5 fois par jour, une ampoule de 3 cm^3) ; soit le *septoplix injectable*, qui est une solution à 0,85 % (on peut injecter 250 à 500 cc. par jour).

La voie intra-rachidienne pourra être utilisée, en cas de méningite, en même temps que la voie buccale : on retire 10 à 20 cc. de liquide céphalo-rachidien matin et soir, et on injecte du *septoplix*, uniquement du septoplix et jamais de dagénan, qui est mal toléré et peut provoquer des accidents graves, tels que des paraplégies.

D'autres voies d'introduction peuvent être employées : *localement*, les expériences de Legroux, à l'Institut Pasteur, ont prouvé l'intérêt qu'il y a à pulvériser le septoplix sur les plaies infectées par le streptocoque ou un anaérobie.

Quant aux *suppositoires*, ils ne sont utilisés qu'en cas d'intolérance gastrique.

Les incompatibilités étaient, autrefois, considérées comme nombreuses ; actuellement, on estime que seuls les sulfates qui donneraient naissance à de la sulfohémoglobine sont à supprimer.

En cours de traitement, étant donné la possibilité d'anémie et d'agranulocytose, il est utile de faire un *examen*

hématimétrique tous les trois jours. Dans les cas graves (méningites, septicémies), il faut surveiller le sang et le liquide céphalo-rachidien : des *dosages* de sulfamide seront faits de façon fréquente (on sait qu'il faut avoir, dans le sang ou dans le liquide céphalo-rachidien, un taux de concentration de 8 % au moins, ou mieux, de 10 à 12 % ; au-dessus de 15 %, il faut diminuer les doses de médicament).

Les accidents de la sulfamidothérapie ont été très grossis autrefois. On observe assez fréquemment de la céphalée, des vertiges, de l'asthénie, tous symptômes qui sont rares si on impose le lit aux malades. Il faut bien connaître la possibilité de *poussées thermiques* dont la méconnaissance entraînerait des erreurs de diagnostic : on peut observer, vers le 6e ou 8e jour, une poussée fébrile qui ne doit pas être imputable à une rechute, mais bien au composé sulfamidé lui-même.

Les troubles digestifs sont assez fréquents : nausées, anorexie, vomissements, diarrhée légère ; ils sont transitoires, sans gravité et cèdent au bicarbonate de soude.

Des *manifestations cutanées* ont été décrites, telles que des érythèmes scarlatiniformes, rubéoliformes ; il y a parfois photosensibilisation. Les incidents apparaissent entre le 8e et le 15e jour.

La *cyanose* est un phénomène assez fréquent ; elle atteint les ongles, les lèvres, les conjonctives, parfois toute la face. Mais elle ne doit pas faire arrêter le traitement car c'est une fausse cyanose, comme le prouve l'expérience suivante : une solution de sulfamide soumise à l'influence des rayons U-V. devient bleue.

Des *troubles de la spermatogénèse* ont été signalés : diminution du nombre des spermatozoïdes et de leur mobilité. En réalité, n'importe quel traitement peut provoquer des phénomènes analogues et, de toutes façons, il s'agit d'une diminution inconstante et transitoire. En effet, des lapins ont été soumis, par Palazzoli, Nitti et Bovet, à un traitement sulfamidé intensif et l'examen histologique du testicule n'a révélé aucune modification de la spermatogénèse. En outre, des lapines mises en contact avec ces mêmes lapins ont donné le jour à des petits parfaitement normaux.

Des accidents, tels que *phénomènes de choc*, urticaire ou œdème de Quincke, sont exceptionnels.

Les *modifications sanguines* sont plus importantes à considérer : on a pu observer une leucopénie, une anémie simple ou hémolytique, cédant à l'extrait hépatique et, au besoin, à la transfusion. La modification sanguine la plus grave est l'agranulocytose, d'ailleurs exceptionnelle, et relevant parfois de la maladie traitée. S'il y a une tendance à l'agranulocytose, il faut interrompre le traitement. La possibilité de ces modifications sanguines doit faire pratiquer un examen hématimétrique tous les trois jours.

Les *accidents nerveux*, tels que polynévrites, sont extrêmement rares.

Une *atteinte hépatique* (ictère) est, de même, exceptionnelle.

Les *complications rénales* ne sont pas à craindre. Il faut savoir qu'une albuminurie, une hyperazotémie ne sont pas des contre-indications. Une belle observation de M. Lemierre le prouve : chez un malade, atteint d'érysipèle et de néphrite, un traitement sulfamidé n'a pas aggravé la néphrite et a permis à l'érysipèle de disparaître rapidement.

Pour éviter l'*acidose*, donnez du bicarbonate de soude.

Les indications de la thérapeutique par les composés sulfamidés sont multiples, et de nombreuses infections bactériennes relèvent de ce traitement.

Maladies a streptocoques. On peut employer le dagénan, mais il est préférable de s'adresser au 1162 F.

Les érysipèles ont eu leur séméiologie clinique complètement modifiée par ce traitement. Une dose de 2 à 5 gr. *pro die*, amène rapidement la guérison.

Les méningites ont, actuellement, un pronostic transformé : alors qu'autrefois on observait une mortalité de 97 %, il existe aujourd'hui 90 % de guérison. Il faut donner 7 à 10 gr. par jour, adjoindre à la voie buccale la voie rachidienne jusqu'à un taux de concentration de plus de 8 mmgr. %. Lorsque le liquide céphalo-rachidien est clair et que la température devient normale, on diminue alors les doses.

Les pleurésies peuvent, de même, évoluer vers la guérison ; ou, si une intervention s'impose, elle se fait dans de bien meilleures conditions. On prescrit 6 à 8 gr. *per os* pendant 6 à 8 jours, et on peut, en plus, faire des injections intra-pleurales.

Dans *les septicémies*, les résultats sont inconstants ; il faut donner d'emblée des doses très importantes : 10, 12 et même 15 gr. parfois.

Les infections puerpérales, traitées par le septoplix, ont vu s'augmenter leurs chances de guérison et, dans certaines maternités, on donne préventivement des sulfamides.

La maladie d'Osler, malheureusement, n'est pas influencée par cette thérapeutique et continue son évolution inexorable.

Maladies a pneumocoques. Elles relèvent plus du dagénan que du 1162 F.

La pneumonie, aux Etats-Unis et chez les Noirs, présente un pronostic grave. Par la chimiothérapie, l'évolution en est bien meilleure et curieuse à observer : la température baisse en 2 à 3 jours ; par contre, la crise urinaire n'a lieu que le 9e jour.

Les broncho-pneumonies sont influencées de façon très variable.

Les pleurésies ont une évolution qui semble écourtée, mais l'influence du traitement n'est pas convaincante, car les guérisons spontanées ne sont pas rares.

Les méningites évoluaient, autrefois, vers la mort dans la totalité des cas ; aujourd'hui, le fait que quelques guérisons certaines ont été observées mérite particulièrement l'attention.

Les septicémies, de même, ont pu, par ce traitement, évoluer vers la guérison, mais dans des cas malheureusement exceptionnels.

Maladies a méningocoques. Le 1162 F est ici préférable au dagénan. Dans *les méningites* on obtient 95 % de succès si on intervient tôt et intensivement ; et si on considère le peu d'action qu'avait, depuis quelques années, le sérum antiméningococcique, on conçoit tout l'intérêt de la sulfamidothérapie.

Certains auteurs ont essayé de stériliser les *porteurs de germes*. L'administration de 3 gr. par jour permet parfois d'y aboutir, mais les germes peuvent ultérieurement réapparaître dans le cavum.

Dans les *septicémies*, les résultats sont très favorables.

Infections a gonocoques. C'est le dagénan qui doit être utilisé de préférence.

Les urétrites aiguës guérissent rapidement en 3 à 8 jours. On peut les traiter : soit par doses faibles (2 à 3 gr.) associées aux lavages et en permettant le travail ; la guérison est ordinairement obtenue en une quinzaine de jours ; soit par grosses doses (8. 10 gr.), sans lavages et en ordonnant le lit ; la guérison est alors d'ordinaire obtenue en 2 ou 3 jours, parfois en 24 heures.


UNE CURE
IODÉE
XX GOUTTES AVANT
CHAQUE REPAS
IODONUCLEOL
SANS DANGER
D'IODISME
Cr. Office d'Éditions d'Art
J. EURY, Docteur en Pharmacie
LABORATOIRE MAUCHANT
GENNEVILLIERS (Seine)

Dans *les urétrites chroniques*, les résultats sont variables ; mais le dagénan n'a aucune action sur les urétrites non gonococciques.

Les infections a staphylocoques réagissent de façon très variable à la thérapeutique sulfamidée.

Les méningites a Pfeiffer, par contre, ont leur pronostic transformé par ce traitement. Une statistique de Gernez et Huriez rapporte 85 % de guérison sur 21 cas, alors qu'autrefois le pronostic était fatal dans 92 à 96 % des cas.

Dans la colibacillose, les résultats sont variables. Dans les typhoïdes ou paratyphoïdes, le traitement par sulfamides n'est pas à conseiller, étant donné qu'il s'agit d'affections leucopéniques.

Les dysenteries a Flexner, fréquentes dans les camps, durant ces derniers mois, sont très favorablement influencées par ce traitement. Certains auteurs, en particulier Gounelle et Bohr, rapportent un grand nombre de cas où le traitement a réduit (parfois en 48 heures), le nombre de selles de 20 ou 30 à 1 ou 2 par jour.

Dans les brucelloses, l'influence des sulfamides est variable.

Le chancre mou a bacille de Ducrey évolue vers la guérison par un traitement local et buccal (3 à 5 gr. par jour).

La maladie de Nicolas-Favre, bien qu'il s'agisse d'une affection à virus filtrable, se montre heureusement influencée par les sulfamides dans sa forme ano-rectale aussi bien que dans sa forme ganglionnaire.

La peste, enfin, a été soumise au traitement sulfamidé par Girard, à Madagascar. Cette thérapeutique agirait favorablement sur la peste bubonique, mais n'aurait aucune action sur la peste pneumonique.

En chirurgie, les *plaies infectées* doivent relever du traitement sulfamidé, ainsi que l'a démontré Legroux à l'Institut Pasteur. Qu'il s'agisse d'infection par le streptocoque ou par des anaérobies, l'expérience, pendant la guerre, a montré que l'évolution de ces plaies était transformée par le sulfamide. On en donne 4 à 6 gr. *per os* et surtout on en pulvérise à la surface et à l'intérieur de la plaie. Il en est de même pour les *fractures ouvertes* dans lesquelles certains auteurs, en Amérique, après avoir débridé et réduit, pulvérisent 5 à 15 gr. de sulfamide et suturent.

Comment agit le sulfamide? Des expériences fort intéressantes ont été faites, *in vitro*, sur l'*aspergillus niger* et sur des cultures bactériennes. Le sulfamide agit en entravant le développement du germe : à partir de la 4e ou de la 6e génération, la culture ne se développe plus, comme si sa reproduction était arrêtée. Il agit comme s'il avait pris la place d'un aliment indispensable à la reproduction de la bactérie, non en la tuant, mais en l'empêchant de se développer. C'est une action *bactériostatique*.

In vivo, il en est probablement de même : il stoppe la reproduction de la bactérie et les moyens de défense de l'organisme peuvent alors agir. L'expérience suivante est instructive :

a) Si l'on ajoute à du *sang privé de leucocytes*, du sulfamide et des streptocoques, on observe un *arrêt de multiplication* des streptocoques ;

b) Mais si l'on ajoute à *du sang total* du sulfamide et des streptocoques, on observe une *disparition* des germes ; les leucocytes ont absorbé les streptocoques.

Par contre, si l'action sur les germes et très efficace, elle est nulle sur les cellules de l'organisme. En effet, les cultures de tissu restent indifférentes aux sulfamides. Voici une expérience : une culture de moelle osseuse infectée de streptocoques est additionnée de 1/10.000e de sulfamide ; on observe une action bactériostatique. Or, si l'on ajoute même 1/35e de sulfamide, les cellules de la moelle ne sont pas adultérées : on a donc une *marge de sécurité* très importante.

Cette étude des sulfamides nous apporte presque chaque jour un fait nouveau. C'est ainsi que, en ces dernières semaines, viennent d'être découverts les *antisulfamides*. Voici en quoi cela consiste :

Dans un milieu de culture de streptocoques, ajoutez du sulfamide et des extraits de levure de boulangerie. L'action du sulfamide est complètement entravée : la culture se développe tout à fait normalement. L'extrait de levure constitue donc un antisulfamide : cet antisulfamide est l'acide paraaminobenzoïque. Bien plus, on a pu extraire de certains streptocoques, de certains *abortus*, des produits antisulfamides. Ceci nous explique les sulfamidorésistances.

Laissez-moi vous lire, en terminant, une page du grand savant Behring, écrite à la fin du siècle dernier :

« On peut considérer comme une loi que les tissus et les cellules de l'organisme de l'homme et des animaux sont plus sensibles vis-à-vis de l'action toxique des désinfectants que n'importe quelle bactérie connue. Aussi, avant qu'un antiseptique ait des chances de tuer des bactéries ou d'inhiber leur croissance dans le sang ou les organes, l'animal lui-même est tué. Le pessimisme de ceux qui déclarent que la désinfection dans un organisme vivant est à jamais impossible n'est que trop justifié. »

Eh bien, ce qui semblait impossible à Behring, il y a quarante ans, et même ce qui semblait impossible il y a six ans, a cependant été réalisé. Domagk, en découvrant l'action d'un corps azoïque sur une infection microbienne septicémique, a ouvert la voie à la chimiothérapie antibactérienne. M. Tréfouël et ses collaborateurs, à l'Institut Pasteur — dans le laboratoire de M. Fourneau, riche déjà de tant de découvertes — s'évadant de la notion trop étroite du corps azoïque, et concevant l'activité thérapeutique de la molécule sulfamide, donnèrent un essor inespéré à la chimiothérapie.

LIVRES NOUVEAUX

L'année thérapeutique, médicaments et procédés nouveaux, treizième année, 1938, suivi de la table alphabétique des années 1931-1937, par le Dr A. Ravina. — Un volume de 188 pages, 25 fr. Masson et Cie, éditeurs, libraires de l'Académie de Médecine, 120, boulevard Saint-Germain, Paris-6e.

Résumé pratique de tous les faits nouveaux d'ordre thérapeutique publiés au cours de l'année 1938, tant en France qu'à l'étranger.

Une infinité de médicaments nouveaux s'offrent, chaque année, au praticien, rendant difficile, par leur abondance même, l'étude de leurs indications et de leurs effets, et en dépit de la multiplication des moyens d'information médicale : journaux, analyses, congrès, bien des méthodes de traitement restent confinées à un pays et la diffusion d'une découverte d'ordre thérapeutique est parfois très lente.

Un ouvrage comme celui-ci peut donc, d'une part, contribuer à faire connaître aux praticiens des techniques nouvelles d'application immédiate et facile ; d'autre part, indiquer les orientations actuelles de certaines méthodes thérapeutiques.

L'auteur étudie :

1° Les maladies et les symptômes. 32 traitements nouveaux ;

2° Les méthodes et techniques thérapeutiques (6 sujets traités) ;

3° Les médications nouvelles avec leurs différents emplois (7 études).

L'ouvrage se termine par une table alphabétique des matières contenues dans les volumes des années 1931 à 1937 ; cette table donne à cette collection une valeur documentaire en facilitant les recherches. La continuité de ce travail qui depuis plusieurs années paraît régulièrement à la même date, permet à tout praticien de trouver en quelques minutes la méthode thérapeutique qu'il cherche et de se reporter au volume de l'année où cette thérapeutique est décrite et appréciée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 22 OCTOBRE 1940

Commission du rationnement alimentaire. — M. Lenoir donne lecture d'un important rapport de M. André Mayer sur *les dangers de la sous-alimentation pour l'enfance et l'adolescence.*

On sait que M. Lesné, dans une précédente séance, a justement insisté sur le fait qu'un rationnement insuffisant ou mal réglé est particulièrement nuisible à l'âge de la croissance, chez les enfants et les adolescents.

L'alimentation peut être défectueuse pour trois raisons : 1° par insuffisance quantitative ; 2° par mauvais équilibre entre les espèces alimentaires composant la ration ; 3° par déficience d'aliments indispensables. Cette alimentation défectueuse a des effets graves que montrent les expériences et la clinique.

Aussi M. Mayer propose-t-il d'émettre le *vœu :* Que les services de l'Académie prennent en main la triple tâche de surveillance, de ravitaillement et de distribution des remèdes destinés à parer aux effets de la sous-alimentation et de la malnutrition. Il n'en est pas de plus urgentes, puisqu'il s'agit de sauvegarder la jeunesse de France.

Ce vœu est adopté à l'unanimité.

L'alcoolisme des buveurs de vin en Loire-Inférieure. — M. Léon Binet, au nom de MM. Auvigne et Pennin, de Nantes, communique des observations faites dans la région nantaise. Ces auteurs montrent que pour la ville il y a un débit de vin pour 132 habitants ; ils soulignent que les deux tiers des hommes et le tiers des femmes hospitalisés dans les services de médecine de l'Hôtel-Dieu présentent des signes d'imprégnation alcoolique. Enfin, ils nous apprennent que, dans les campagnes, nombreux sont les sujets qui boivent couramment, et en toutes saisons, cinq litres de vin par jour.

Discussion. — M. Lapicque insiste sur l'intérêt de la communication apportée par M. Binet. Il se félicite qu'un avis médical de cette importance ait été apporté à l'Académie.

Accidents de choc mortels après vaccination antitypho-paratyphique. — M. P. Hanvier rapporte l'observation de deux jeunes sujets ayant présenté, après vaccination antitypho-paratyphique, des accidents de choc, caractérisés par un collapsus grave d'emblée, rebelle aux analeptiques vasculaires, en particulier à l'adrénaline, et rapidement mortel. L'autopsie montra, chez ces deux malades, outre l'énorme perturbation vasomotrice qui caractérise le choc, une hypertrophie persistante du thymus, isolée dans l'un des cas et associée, dans l'autre, à diverses lésions endocriniennes insoupçonnées pendant la vie. Ces accidents mortels, imprévisibles, sont rarissimes et n'enlèvent rien à la valeur de la vaccination préventive des infections typhoïdiques.

Le compas restituteur radio-lumineux à guidage automatique. — M. Chaussé.

Election. — M. Baumgartner (par 49 voix) et M. Veau (par 53 voix), sont élus membres titulaires dans la IIe section (Chirurgie).

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 16 OCTOBRE 1940

M. Mathieu, président, prononce l'éloge de M. le professeur Mauclaire, ancien président de l'Académie, décédé.

Deux cas de luxation irrégulière du carpe. — MM. du Bourguet, Tanguy et Mabille. — M. Mouchet rapporte ces deux observations ; dans un des cas la réduction fut difficile et fut suivie de l'apparition d'une ébauche de syndrome de Volkmann ; une libération secondaire du médian fut jugée nécessaire. Guérison fonctionnelle à peu près complète.

A propos du traitement des épanchements traumatiques récents du genou. — M. Le Roy. — Rapport de M. Roux-Berger. Le traitement consistait en évacuation précoce du liquide suivie d'une ou deux infiltrations de novocaïne ; immobilisation très courte d'une huitaine de jours. Les résultats observés ont été satisfaisants. M. Madier insiste sur l'intérêt d'une immobilisation compressive correcte.

M. L. Michon avait utilisé une technique analogue il y a quelque vingt ans et s'en était trouvé content.

Note sur le fonctionnement d'une formation chirurgicale dans les Vosges (juin-septembre 1940). **Statistique de 475 blessés opérés et suivis pendant deux mois.** — MM. S. Blondin, G.-C. Leclerc et Cl. Rouvillois. — Il est difficile de résumer l'important rapport de M. L. Bazy sur ce travail qui concerne d'ailleurs des catégories de blessés très disparates ; les uns récents (24 ou 48 heures), les autres anciens ; en pratique pour la très grande majorité, atteints de blessures des membres. A noter le petit nombre de cas de tétanos observés (un cas) et de gangrène gazeuse.

Sur le traitement des blessures cranio-cérébrales de guerre. Observations et résultats du centre de Neuro-chirurgie de la IIe armée. — MM. D. Ferey et M. David. — Les auteurs ont eu l'occasion de voir en un mois (du 10 mai au 12 juin), près de 350 cas de traumatismes craniens de guerre ; ils apportent les conclusions de leurs observations et des quelques constatations anatomiques qu'ils ont pu faire. Leur technique opératoire est celle indiquée par M. Cl. Vincent au cours d'une des précédentes séances de l'Académie ; l'emploi de l'électro-aimant présente l'inconvénient de déterminer parfois l'abandon de corps étrangers non métalliques (coiffe de casque, cheveux, etc.). Les sulfamides ont été largement utilisés comme préventifs de l'infection.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 23 AOUT 1940 (*suite et fin*)

Septicémie à bacille de Friedlander guérie par la sulfamidothérapie. — M. Denot. — Observation de septicémie à bacille de Friedlander à point de départ pulmonaire guérie par le Dagenan (20 gr. au total avec un maximum de 4 gr. par jour).

Infarctus larvé du myocarde à forme fébrile. — M. Laubry. — Observation d'un malade entré à l'hôpital avec une insuffisance aortique, un ventricule gauche hypertrophié, de la fièvre, un électrocardiogramme normal, des hémocultures négatives, et une gangrène massive du membre inférieur. Les signes d'insuffisance cardiaque apparurent tardivement. On posa le diagnostic d'endocardite thrombosante en rapport avec l'insuffisance aortique. A l'autopsie, on trouva un caillot sur le pilier postérieur de la mitrale, l'infarctus se prolongeant sur la paroi postérieure adjacente. Le malade n'avait jamais éprouvé ni douleur, ni trouble fonctionnel. Il s'est agi d'un infarctus fébrile.

Amélioration de l'état mental à la suite d'une tentative de suicide par pendaison. — MM. Laignel-Lavastine, Bouvet et Follin. — Observation d'une mélancolique hallucinée de 40 ans qui, s'étant pendue aux barreaux de son lit, resta 24 heures dans le coma avec mouvements de torsion sur l'axe longitudinal et double signe de Babinski. En dehors d'une amnésie persistante on peut noter chez elle une amélioration remarquable de l'état mental. La malade put sortir du service, et depuis deux mois sa guérison se maintient.

SÉANCE DU 30 AOUT 1940

Angiomatose hémorragique familiale terminée par une hépatite graisseuse avec syndrome hémogénique. — MM. Desbuquois et Carnois. — Observation témoignant du rapprochement existant entre l'angiomatose hémorragique familiale avec l'hémogénie d'une part et certaines atteintes hépatiques d'autre part. Dans le cas actuel, il s'agit d'un enfant ni tuberculeux, ni syphilitique, ni alcoolique, à foie indemne, chez qui est apparue une hépatite, d'origine constitutionnelle, liée à une tare héréditaire et familiale.

Cancer primitif ou cancer métastatique du poumon. — MM. Rist et Baglesse. — Observation d'une femme guérie d'un cancer utérin après curiethérapie, présentant, 7 ans plus tard, un cancer excavé isolé dans le lobe supérieur du poumon droit. Apparition ultérieurement de métastases osseuses et thyroïdiennes. Les auteurs recherchent s'il ne s'est pas agi d'une métastase tardive du néoplasme cervital primitif, et si certains néoplasmes en apparence primitifs du poumon ne seraient pas en réalité métastatiques. On peut également rechercher si la curiethérapie du cancer du col ne modifie pas l'évolution ultérieure des métastases.

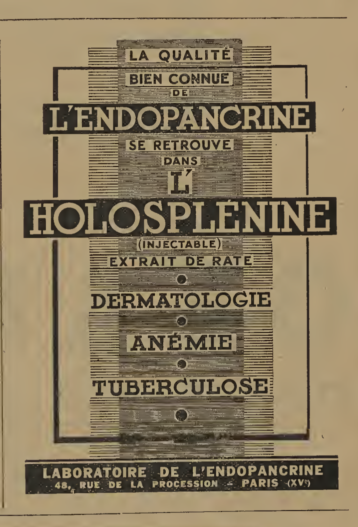
PRATIQUE MÉDICALE

C-Vitaminothérapie et Tuberculose

Parmi les nombreux et importants travaux parus, au cours des dernières années, sur l'utilisation de plus en plus grande de la vitamine C dans les diverses manifestations de la tuberculose, il faut accorder une mention toute particulière à la si intéressante étude, publiée en mars 1939, dans la *Revue de la Tuberculose*, par MM. Lelong et Meyer : ce travail, fait au sanatorium de la Seine, à Hauteville, constate les résultats favorables de la C-Vitaminothérapie dans les pleurésies hémorragiques du thorax artificiel.

Les auteurs ont employé la laroscorbine (Vitamine C synthétique cristallisée) et ils concluent que l'on possède actuellement avec l'acide ascorbique ou Vitamine C une médication nouvelle qui est à recommander dans le trai-


Digestions pénibles
lentes et retardées
Insuffisance
gastrique
ÉLIXIR GREZ
ÉLIXIR
GREZ
Chlorhydro-Pepsique
TONI-DIGESTIF
DÉPOT Gal
PARIS
Laboratoires
MONIN
49, Rue de Maubeuge
PARIS


LA QUALITÉ
BIEN CONNUE
DE
L'ENDOPANCRINE
SE RETROUVE
DANS
L'
HOLOSPLÉNINE
(INJECTABLE)
EXTRAIT DE RATE
DERMATOLOGIE
ANÉMIE
TUBERCULOSE
LABORATOIRE DE L'ENDOPANCRINE
48, RUE DE LA PROCESSION - PARIS (XV[e])


Romarène
CHOLÉRÉTIQUE - STOMACHIQUE
DIURÉTIQUE — RÉGULATEUR INTESTINAL
Une à trois cuillerées à café de granulé par jour Croquer ou dissoudre dans une tisane aromatique.
LABORATOIRES BEAUFOUR — DREUX (E.-&-L.)

tement des complications hémorragiques du pneumothorax.

Leurs conclusions peuvent se rapprocher de celles d'autres auteurs, P. Bourgeois et Mario Lebel, dans le pneumothorax extra-pleural, Natalelli, dans les pleurésies hémorragiques du pneumothorax artificiel, etc.

Un point important semble être l'administration massive de l'acide ascorbique et l'utilisation de la voie endoveineuse et même intra-pleurale. Lelong et Meyer ont administré à leurs malades, les premiers temps, tous les jours une ampoule de laroscorbine à 10 centigrammes par ampoule, de préférence par voie endoveineuse ; ils ont ensuite espacé les injections à 2 ou 3 fois par semaine lorsque l'amélioration clinique obtenue était manifeste ; ils ont continué le traitement à doses réduites pendant longtemps et en vérifiant, avant chaque série, le bilan du malade en Vitamine C, par le test au dichlorophénol-indophénol.

On sait que la laroscorbine ou acide ascorbique gauche est la Vitamine C synthétique cristallisée ; elle se présente sous forme de comprimés dosés à 0,05 gr. d'ampoules de 2 cm³ dosées à 0,10 gr. et d'ampoules de 5 cm³ dosées à 0,50 gr.

La laroscorbine absolument atoxique permet toutes les modalités de la C-Vitaminothérapie dans le traitement des symptômes les plus variés de la tuberculose pulmonaire.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES HÉMO-HYDARTHROSES TRAUMATIQUES DU GENOU (1)

DEUXIÈME GROUPE DE FAITS

Ici l'hydro-hémarthrose tient la première place, car des lésions qui sont à côté d'elle demeurent peu évidentes. Tel est le cas :

1° d'une *entorse du genou ;*
2° d'une *lésion méniscale.*

I. L'entorse du genou :

Elle donne lieu chez un traumatisé du genou, à un tableau particulièrement net d'hydro-hémarthrose avec la douleur croissante, le gonflement progressif de l'article, alors qu'en contraste les épiphyses osseuses, l'appareil extenseur apparaissent indemnes.

Un tel ensemble fait envisager le diagnostic d'*entorse du genou* et tout de suite le problème se pose du *siège* et par-

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux*, nos 63-64.

tant du *degré des lésions.* On le résoudra par la recherche minutieuse :

1° des points douloureux sur les ligaments.

2° de mouvements anormaux.

A. Souvent, on porte le diagnostic d'entorse bénigne, car :

1° On ne trouve pas de points douloureux nets, mais seulement une *douleur diffuse* sur le trajet des ligaments.

2° On ne peut mettre en évidence des *mouvements anormaux.*

L'*examen radiologique* confirme l'absence de tout arrachement osseux.

B. Ailleurs, on arrive au diagnostic d'entorse grave individualisée :

1° Certes, par l'existence de points douloureux fixes, précis, localisés, trouvés, le plus souvent, *en dedans* sur le ligament latéral interne ; parfois *en dehors* sur le ligament latéral externe ou au niveau du tubercule de Gerdy ; parfois de chaque côté du tendon rotulien au niveau de *l'interligne* (croisé) ;

2° Mais essentiellement par l'existence de *mouvements anormaux.* Leur valeur diagnostique est capitale, leur recherche doit être soigneuse :

a) *Mouvements de latéralité,* recherchés sur le membre en extension, la cuisse bien fixée.

La possibilité de mouvements de valgus traduit la lésion du *ligament latéral interne* le plus souvent intéressé.

b) *Mouvements de tiroir,* recherchés sur le membre en flexion. La possibilité de mouvements de pro et rétro-pulsion (en comparant avec le côté opposé pour éliminer une laxité congénitale) traduit : classiquement une *lésion des croisés;* en fait, une *lésion grave des ligaments latéraux* suffit à les provoquer.

c) *Mouvements de rotation,* plus accessoires.

L'*examen radiologique* est indispensable dans une entorse grave pouvant révéler : de face, de profil, un arrachement osseux à l'insertion d'un ligament; jambe en demi-flexion et film courbe, une lésion d'une épine tibiale.

La différenciation de ces deux formes d'entorse est capitale, car elle domine le *pronostic* et le *traitement.*

A. Dans l'entorse légère, la simple distension ligamentaire suffit à léser les filets nerveux dont sont particulièrement riches les ligaments et à provoquer un *réflexe vaso-moteur* capable d'engendrer de multiples troubles au niveau des divers tissus de l'articulation.

C'est dire l'intérêt de la *novocaïnisation précoce* qui a pour but de bloquer cette réaction vaso-motrice; ainsi, évitera-t-on diverses *séquelles :* hydarthrose, atrophie musculaire, synovite proliférante.

B. Dans l'entorse grave, les troubles vaso-moteurs sont paradoxalement moins importants, car « mieux vaut la rupture franche d'un ligament que son étirement ». Le facteur capital est le facteur mécanique : la *rupture ligamentaire.*

C'est pourquoi la *réparation chirurgicale* est-elle systématiquement indiquée, seul moyen d'éviter l'infirmité grave causée par la *laxité articulaire.*

Signaler que toute entorse peut s'accompagner de lésions méniscales, mais que souvent ces lésions demeurent *isolées:*

(A suivre.)

R. Joussemet,
J. Joussemet-Lefèvre.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 69-70. — 30 octobre-2 novembre 1940. 113e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la Faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

Publicité : M. A. Thiollier, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

L'Ordre des Médecins. — Le numéro du *Journal Officiel* contenant le texte concernant la création de l'Ordre des Médecins, ne nous étant pas encore parvenu au moment de la mise en pages du journal, nous sommes obligés de remettre à la semaine prochaine la publication de ce texte historique.

Hôpitaux de Paris. — Electro-radiologistes des Hôpitaux. — Aucun chef de service titularisé n'a changé de service. Seules les modifications suivantes ont été apportées :

A Laennec, M. Delherm, de la Pitié (service assuré provisoirement par M. Coliez, jusqu'au retour de M. Delherm). — Aux Enfants-Malades, M. Thibonneau (service assuré provisoirement par M. Coliez, jusqu'au retour de M. Thibonneau). — A Saint-Louis, M. Belot (service assuré provisoirement par M. Peuteuil, jusqu'au retour de M. Belot). — A Boucicaut, M. Piot (en remplacement de M. Joly, non rentré). — A Ambroise-Paré, M. Detré. — A Marmottan, M. Surmont. — A Cochin, M. Delapchier (en remplacement de M. Ronneaux, honoraire). — A Hérold, M. Truchot. — A Ivry, M. Busy.

Ophtalmologistes des Hôpitaux. — Les services d'ophtalmologie des hôpitaux sont actuellement répartis comme suit :

A Ambroise-Paré, M. Parfonry. — A Bicêtre, M. Hudelo. — A Bichat, M. Prelat. — A Cochin, M. Favory (service assuré provisoirement par M. P.-E. Veil, assistant de M. Bourdier). — Groupe hospitalier Enfants-Malades-Necker, MM. Monbrun et Hartmann. — A Hérold, pas de consultation pour le moment ; les urgences sont assurées par M. Renard. — A l'Hôtel-Dieu, Prof. Velter et M. Renard. — A Laennec, M. Bourdier. — A Saint-Antoine, M. Lagrange (service assuré provisoirement par M. Favory). — A Saint-Louis, M. Coutela. — A Tenon, M. Bollack. — A Trousseau, M. Dollfus. — A Garches (Hospice Raymond-Poincaré), M. Voisin, qui est en même temps assistant de M. Bollack.

Hôpital général de Nevers. — Un concours sur titres pour la nomination de deux internes, choisis parmi les étudiants en médecine français titulaires d'au moins 18 inscriptions, aura lieu le 26 novembre 1940.

S'adresser au directeur qui fera connaître les conditions.

Faculté de Médecine de Paris. — A la suite de l'élection à l'unanimité du doyen, M. le professeur Baudouin, M. le professeur Léon Binet a été nommé assesseur par 63 voix sur 66 votants.

Un congé de trois mois, pour raison de santé, a été accordé à M. le professeur Pierre Mocquot.

Faculté de Médecine de Bordeaux. — M. le professeur Pierre Mauriac a été renouvelé dans les fonctions de doyen pour une période de trois ans, à dater du 1er juin 1940.

Académie de Médecine. — Dans sa séance du 29 octobre, l'Académie a procédé à l'élection de deux membres titulaires dans la IVe section (Sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles) : M. Polonowski a été élu par 52 voix, M. Charles Richet par 45 voix.

Guerre (*réserve*) [*Suite*]. — Par arrêté du 2 septembre 1940, sont promus, à compter du 25 juin 1940 :

Au grade de médecin capitaine : MM. les médecins lieutenants, Burgues (G.), Nogues (J.-J.-G.), Grisot (H.), De Ferry de La Bellone (P.-L.-M.), Lamoureux (L.-M.-J.), Le Joubioux (E.), De Parades (E.-S.-J.-A.), Blanchon (J.-E.), Pere (J.), Doz (M.-J.), Balaye (L.-A.-P.), Evrard (F.-M.-J.), Vignal (A.-L.), Toulze (A.-J.-A.), Durand (R.-A.-L.), Horion (L.-M.-J.), Acquaviva (A.-D.-F.), Thouvenet (A.-P.), Taberlet (H.-R.), Lafaye (A.-J.-A.), Angele (P.-J.), Simon (P.-M.-E.), Papillon (F.), Zimmerlin (M.-A.-C.), Decœur (J.-T.-H.), Murat (F.-R.), Badoit (J.-M.-M.), Barthelemy (A.-M.-J.), Bascou (M.-N.-M.), Bessis (E.), Broquère (P.-C.-F.), Capelin (A.-L.-R.), Cauquil (G.-H.), Chapuis (P.-L.-M.), Charvat (R.-L.), Contant (L.-J.-E.), Couderc (E.-J.), Decugnière (M.-M.-G.), Ducau-Martin (R.-J.), Francfort (G.-R.), Gely (M.-P.-V.),

Genee (R.-A.), Grimaldi (A.-P.-J.-A.), Hillairet (H.-E.-G.), Kravetz (I.-H.), Kruger (G.-J.-H.-C.), Lapuyade (A.-C.-G.), Anglès-Dauriac (H.-M.-J.), Lasserre (H.-J.-J.), Lauze (E.-A.-J.), Lessertisseur (M.-H.-L.-E.), Malaplate (J.-J.-M.), Marican (P.-F.-E.), Raffegeau (P.-L.-G.-M.), Rousseau (J.-G.-C.), De Szczypiorsky (E.-A.-H.), Tissot (J.-M.-A.-G.), Thouveny (L.-C.-R.), Trilha (P.), Ungerer (R.), Vialard (S.-R.), Vignau-Barraux (J.-F.-L.), Vignaud-Dupuy de Saint-Florent (E.-J.-M.); Giroire (H.-J.), Bastien (M.-C.-L.), Burgan (P.-J.), Chappert (J.-M.-V.-H.), Ettighoffer (R.-J.-E.), Fournier (J.-M.), Ruais (E.-A.-G.), Saulgeot (P.-A.), Weill (J.-R.), Weirich (P.-G.), Priou (A.-V.-R.-O.), Reboul (C.-E.-J.), Bertrand (M.-L.-A.), Duruy (J.-V.-M.-A.-G.), Pouteau (L.-F.-M.-J.), Quillot (H.-E.-F.-J.), Baillargeat (M.-J.-R.), Bernard (L.-M.-J.), Camelat (P.-M.), Jourdan (D.-M.-J.-A.), Laurent (M.-A.-C.), Naudière (P.-A.-M.), Sigwald (J.-E.), Soutra (R.-J.), Tastet (V.-A.-P.), Vandier (E.-A.), Labat-Labourdette (V.-E.-A.), Géant (E.-R.), Armanet (M.-F.-A.), Baron (A.-A.-E.), Bretelle (L.-L.), Buisine (A.-J.), Castellant (J.-V.-E.), Demailly (R.-E.-E.), Ginglinger (A.-M.-R.), Gorensky (B.), Marchand (L.-C.-P.), Martin (J.-A.-J.), Mezard (J.-B.-A.), Mourrut (E.-E.-J), Puche (A.-A.-A.), Regnier (D.-L.), Traissac (P.-G.-B.-R.), Sy (C.-M.-F.), Lefevre (P.-C.-P.), Bouton (G.-R.-M.), Reynier (P.-R.-R.), Varnier (L.-F.-M.), Galmier (H.-J.-M.), Barreau (M.-J.-F.-G.), Bernard (M.-F.-F.), Colson (P.), Gouyen (E.-F.-J.), Galavielle (J.-P.-M.-L.), Pernet (J.-V.), Stehelin (J.), Fauchet (P.-V.-L.-H.), Brun (J.-M.-A.), Schwob (M.), Schmidl (R.-S.-E.), Leconte (L.-M.), Chancogne (H.), Duranton (R.-E.-J.), Ferrand (P.-N.-R.), Gibaud (M.-M.), Giraud (L.-F.-L.), Lafitte (A.), Maisonobe (L.-M.), Mely (R.-M.-G.), Pizon (C.-A.-F.), Thuet (L.), Catala (H.), Arthaud (B.-E.-P.), Uzan (M.), Menudier (A.-J.-M.), Augier (P.-J.), Romagne (J.-L.-E.), Guilheneuc (B.-F.-O.), Larget-Piet (A.-C.), Lemoyne (J.-J.-M.-E.), Darbans (M.-P.-A.), Trabud (F.-M.-L.), Camuset (P.-L.), Fouquet (J.-A.), Larivière (A.-E.-L.), Goguillon (P.-L.), Brechet (I.-M.-A.-A.), Rochet (E.-E.), Dreyfus (M.-E.-R.), Julien (P.-L.-M.), Bize (R.-F.-P.), Malatray (H.-J.-M.), Frappereau (L.-M.), Cossa (P.-E.-A.), Mailho (J.-L.), Maison (E.-G.), Mimin (J.-M.), Schwob (R.-A.-S.), Lévy (P.), Gondard (L.-J.-C.), Le Baron (R.-A.), Puech (L.-L.), Bertrand (P.-M.-C.), Petit (C.-L.-P.-R.), Nouvel (F.-J.-P.), Arnal (W.-H.), Buisson (P.-A.), Freidel (A.-J.-L.), Grether (A.-H.-J.), Hesse (J.), Lena (D.-A.-M.), Pigot (J.), Barthes (M.-J.-F.), Jullien (R.-J.-E.-G.), Lacroix (A.-A.), Lhopitallier (H.-G.-J.), Meyssonnier (L.-V.-L.), Fau (R.-A.-C.), Leroy (R.-L.-H.), Gole (L.-A.-C.), Vialle (P.-E.-E.), Girard (C.-M.-F.), Martineau (J.-M.-A.), Dufour (A.-A.), Lwoff (A.-M.), Milhiet (H.-L.-C.), Charpentier (M.), Jarricot (H.-I.-A.), Capel (J.-V.-C.), Daumy (P.-C.-J.), Lempereur de Saint-Pierre (M.-E.-F.-J.-M.), Mesnard (L.-G.), Baumann (J.), Billet (H.-R.), Deguise (E.), Bosquet (A.-A.-A.), Piollet (A.-M.), Petit (P.-P.-J.), Sergent (H.-E.-F.), Menard (J.-L.), Rudolf (M.-J.), Gadaud (A.-L.-A.-R.), Delaborde (B.), Burgeat (P.-H.-F.), Abd el Nour (A.-G.), Dossot (R.), Lenormand (J.), Gernez (L.-E.-J.), Martinet (M.-L.), Salmon (M.-C.-F.-H.), Hernu (P.-A.-J.), Gaucher (M.-J.), Giry (P.-M.-A.), Savaète (P.-H.), Mathieu (M.-F.-A.), Daull (P.-M.-B.), Gaujoux (E.-A.-E.), Lathuraz-Viollet (H.-E.), Masquelier (René), Mouillard (J.-E.-R.), Taquet (L.-C.-A.), Wagenlander (R.-G.-J.), Woringer (E.-R.), Aboulker (P.-J.), Auzeloux (J.-M.-G.), Cerati (P.-A.-S.-L.), Fabre (A.-H.-G.), Autissier (P.-G.-A.), Lacoste (J.-J.-M.), Lebel (F.-M.), Lejeune (J.-M.-P.), Porin (J.-P.), Deliencourt (R.-L.-E.-I.), Hervy (J.-J.-A.), Kimpel (G.-J.), Ey (H.-M.-J.-L.), Frémont (J.-V.), Boutroux (L.), David (J.-M.), Benmussa (S.-E.), Milliot (J.-H.-M.-C.), Grasset (J.-A.-F.-W.), Cassaigneau (P.-J.-L.), Monneri (R.-M.-A.), Callot (J.-T.), Couture (E.-L.). *(A suivre.)*

Sont nommés officiers de réserve, les officiers de l'armée active, admis à la retraite, dont les noms suivent :

Les médecins colonels, Delacroix, Codvelle, Grenier.

Le médecin lieutenant-colonel Potier.

Le médecin commandant Bossard. (*J. O.*, 8 octobre 1940).

M. le médecin général Théron a été placé, à compter du 17 octobre 1940, dans la 2e section (réserve) du cadre de santé militaire. (*J. O.*, 19 octobre 1940.)

Commission consultative médicale. — M. le médecin général Plazy, de la marine, est nommé président de la Commission consultative médicale au Secrétariat général des anciens combattants. (*J. O.*, 20 octobre 1940.)

Citation à l'ordre de l'armée. — *L'Hôpital américain de Neuilly.* — (Docteurs Gros, Bailleul, Besson-Walter, S.-W. Jackson, A. Cheron, A. Bisson, N.-C. Rogers, E.-B. Close et Mlle E. Comte). (*J. O.*, 11 octobre 1940.)

Fédération Nationale des Médecins du Front. — C'est à la Fédération Nationale des Médecins du Front que revient l'honneur de *raviver la Flamme sous l'Arc de Triomphe*, le vendredi 15 novembre, à 18 h. 30.

Tous les médecins, les anciens comme les jeunes, qu'ils aient appartenu ou non aux corps combattants, *sont instamment conviés à venir nombreux sous l'Arc de Triomphe le 15 novembre.*

Rendez-vous directement sous l'Arc. Ni drapeaux, ni insignes. Ordre, silence, dignité.

Le Comité de la Fédération Nationale des Médecins du Front fait le plus pressant appel à tous les médecins qui ont pris une part active à la guerre 1939-1940.

Tous renseignements concernant les diverses Associations dépendant de la Fédération (Association Amicale des Anciens Médecins des Corps Combattants ; Union des Médecins Mutilés de Guerre ; Association Amicale des Médecins Médaillés Militaires ; Associations provinciales) seront fournis par le secrétaire général de la Fédération, Dr Raymond Tournay, 2, rue Dupuytren, Paris (6e).

Nécrologie

Le médecin lieutenant Marcel Ferradou, tombé glorieusement le 21 mai 1940, à Régnanville (Pas-de-Calais).

— Le Dr Xavier Bender, ancien interne des hôpitaux de Paris (1899), ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris.

— Le Dr Alfred Stoll (de Forbach), tombé glorieusement le 15 juin 1940, à Châtillon-sur-Seine (Côte-d'Or).

Renseignements

Visiteur médical, pratiquant depuis 1923, demande représentation d'un très sérieux laboratoire pour Paris. Ecrire au journal, n° 403.

ACTUALITÉS

LES CONFÉRENCES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DES SERUMS ARTIFICIELS A LA TRANSFUSION SANGUINE : LA NOTION DU SANG DILUÉ (1)

Par le professeur Léon Binet
Membre de l'Académie de Médecine

Avant d'aborder l'étude des sérums artificiels et de la transfusion sanguine, je devrais faire une incursion dans le passé pour retracer l'histoire déjà longue de ces deux techniques thérapeutiques. La bibliographie en est vaste et je pense plus profitable de faire le point de ces méthodes de traitement en m'appuyant sur les données les plus récentes et sur les travaux expérimentaux poursuivis dans cette Faculté.

Quelques grands noms doivent cependant vous être familiers. Je vous rappelerai, pour les sérums, les travaux de G. Hayem à la Faculté de Médecine, de A. Dastre à la Sorbonne, de L. Hallion et Ed. Enriquez au Collège de France. C'est aussi un devoir de citer les belles recherches pratiques des chirurgiens parisiens, de F. Lejars, de P. Delbet en particulier. En matière de transfusion sanguine, on ne saurait oublier les essais de C.-E. Brown-Séquard, qui donna son propre sang pour l'injecter à une main de supplicié inerte, dans le but d'étudier les réactions de cette main. Je vous citerai encore les expériences de J.-V. Laborde, de G. Hayem et G. Barrier, de Ch.-A. François-Franck, en France. Je vous signalerai les efforts faits pendant la guerre de 1914-1918 par les biologistes, les médecins et les chirurgiens ; et je retiendrai en particulier l'œuvre d'Emile Jeanbrau, de Montpellier : en collaboration avec Emmanuel Hédon, il porta la transfusion dans le domaine de la « pratique » par l'addition au sang de citrate de soude qui rend le sang incoagulable. Toutes ces étapes ont été parfaitement résumées dans de récentes monographies, celles de P.-E. Weil, de A. Tzanck, de R. Benda, de A. Bécart, et dans le tout récent ouvrage de G. Jeanneney et Ringenbach ; leur lecture vous permettra de combler les lacunes de cet historique incomplet.

Avec vous, je préfère aujourd'hui faire une incursion dans un passé plus immédiat et plus personnel, qui vous montrera les fondements expérimentaux de ces méthodes thérapeutiques.

En 1928, une mission me conduisait à l'Université de Gand où j'assistais aux remarquables expériences de C. Heymans : un chien transfuseur A, carotides et jugulaires isolées, était mis en relation avec les carotides et jugulaires de la tête d'un chien B. Cette tête exsangue, totalement immobile, apparaissait sans aucune vie ; les mouvements respiratoires étaient absents. Sous l'influence de la transfusion, on voyait la tête se recolorer, revivre, les mouvements respiratoires réapparaître. La preuve était à nouveau donnée que cette perfusion par circulation carotido-jugulaire pouvait maintenir en vie une tête isolée du reste du corps, et d'une façon prolongée. Ces expériences de circulation par anastomoses artérielle et veineuse ont été utilisées depuis, pour d'autres organes que la tête isolée, permettant des études physiologiques très poussées et confirmant la preuve de l'efficacité de la perfusion du sang.

(1) Leçon faite à la Faculté de Médecine, le 19 septembre 1940, et recueillie par le Dr Bour, chef de clinique.

La même année, l'occasion m'était donnée de me rendre compte qu'un organe irrigué par un sérum artificiel complexe, apparaissait comme fonctionnellement normal. C'est aux environs de Toulon, à Tamaris, qu'avec H. Cardot (1), nous avons étudié, chez les gobies, la survie de la tête isolée du poisson, perfusée avec un sérum dont nous cherchions la composition la plus favorable. Après ligature en arrière des nageoires pectorales et en avant des pelviennes, nous sectionnions la partie postérieure du corps, la perfusion était assurée par une canule introduite directement dans le bulbe artériel et en relation avec un vase de Mariotte contenant le liquide de perfusion. Cette tête ainsi préparée, respire, présente des réactions que l'on peut inhiber, puis déclencher à nouveau. La durée de survie est plus ou moins longue ; elle atteint 3 à 4 heures avec une solution salée à 8,2 p. 1000, contenant en outre du chlorure de K, de Ca et de Mg, du bicarbonate de soude et du phosphate de soude, du glucose et une grande quantité d'urée (plus de 4 p. 1000). Voilà bien une nouvelle preuve qu'en biologie, l'anémie aiguë par hémorragie peut être corrigée.

Ces résultats expérimentaux très encourageants ont permis de porter sur le plan pratique le problème de la valeur thérapeutique du sang et des sérums. Comme je vous l'ai dit, ce problème est très vaste et je voudrais maintenant vous rapporter les faits expérimentaux qui, depuis un an, ont fait l'objet de l'activité de mon laboratoire. Le problème des hémorragies a toujours été un sujet de prédilection pour la chaire de Physiologie de notre Faculté. Le professeur Ch. Richet, avec P. Brodin et F. Saint-Girons, ont réalisé, sur ce problème, des expériences d'une haute portée ; les circonstances dramatiques que nous venons de traverser ont posé à nouveau ce problème dans toute son acuité. C'est avec une équipe réduite mais polyvalente dans sa spécialisation, réunissant biologistes, chimistes, histologistes et médecins, que nous avons réalisé nos expériences pour lesquelles M. V. Strumza a été un collaborateur particulièrement précieux (2).

I. Considérons d'abord le *problème des hémorragies suraiguës*.

a) Expérimentalement, il est d'une grande simplicité de réaliser une hémorragie abondante. Un chien est endormi au chloralose ; au moyen d'une grosse canule fixée dans l'artère fémorale, brusquement, on le saigne jusqu'à l'arrêt spontané complet de l'écoulement du sang à travers la canule intra-artérielle. Il reste encore du sang dans l'organisme de ce chien, mais on arrive à faire des saignées considérables de l'ordre de 6 à 7, 8 % du poids de l'animal. Ainsi, un chien de 20 kilogrammes a perdu 1.560 cm³ de sang ; un autre de 12 kilogrammes laisse écouler 840 cm³ de sang. Chez ce chien, on inscrit les variations de la tension artérielle intracarotidienne, la fréquence et l'amplitude de la respiration et on mesure le débit respiratoire en même temps que l'on contrôle le syndrome biochimique de l'hémorragie pendant un temps prolongé ;

b) L'hémorragie suraiguë, par la réduction de la masse sanguine qu'elle entraîne, amène des modifications respi-

(1) Léon Binet et H. Cardot. Sur la survie de la tête isolée des poissons avec ou sans perfusion. *J. de Physiol. et de Pathol. gén.*, t. XXVII, n° 2, p. 250, 1929. — A. Arnaudet, Léon Binet et H. Cardot. Survie du centre respiratoire du poisson en fonction de la composition du liquide qui le perfuse. *J. de Physiol. et de Pathol. gén.*, t. XXVIII, n° 1, p. 50, 1930.

(2) Léon Binet et M. V. Strumza. Le traitement d'extrême urgence des hémorragies suraiguës. *B. de l'Acad. de Médecine*, t. CXXIII, p. 223, 12 mars 1940. *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, t. LXVI, nos 11 et 12, p. 348, 13 mars 1940.

ratoires, circulatoires et biochimiques très importantes. Le *syndrome respiratoire* est manifeste ; l'hyperpnée considérable entraîne une déperdition de CO^2 avec baisse de la réserve alcaline aux environs de 25 volumes. Les effets *circulatoires* sont encore plus impressionnants, la tension artérielle s'effondre rapidement : le style inscrit une ligne très bas située, voisine du zéro et sur laquelle il est souvent difficile de lire les contractions cardiaques, mais le cœur bat encore, rapide, peu énergique. Le pronostic est excessivement grave, la respiration va s'arrêter, c'est en effet par le bulbe, par syncope respiratoire que la mort survient ; les sphincters sont relâchés, les pupilles dilatées. Si l'animal est abandonné à lui-même, la mort est inévitable et rapide. A l'arrêt respiratoire précité succède alors l'arrêt cardiaque souvent précédé de grands mouvements respiratoires agoniques ;

c) Devant un syndrome aussi grave, fatal spontanément, que peut-on faire ? L'expérimentation nous montre l'efficacité de diverses techniques.

1° *Quelle est d'abord la portée pratique des sérums artificiels,* sur lesquels de si nombreux travaux ont été rapportés? On connait la diversité des formules préconisées : sérum salé physiologique à 8 p. 1000, sérum visqueux, additionné de gomme, sérum salé et sucré de Ch. Richet, Brodin et Saint-Girons, solutions complexes de Locke et Ringer, de Hédon et Fleig, de Normet. Nous nous sommes arrêtés à une formule simple comportant 8 gr. de NaCl, 1 gr. 50 de bicarbonate de soude et 4 gr. d'hyposulfite de soude pour un litre d'eau distillée, en nous basant sur les résultats des examens biochimiques des différentes constantes du sang au cours de l'hémorragie.

L'injection de ce sérum est pratiquée par voie veineuse, à la température de 39° à 40°, à une vitesse de 250 cm^3 à la minute et en quantité égale à la quantité de sang perdu. Notre injection a toujours été associée lors de son début à des manœuvres de respiration artificielle, puisque nous attendons une syncope respiratoire durant trois minutes ou plus pour commencer notre traitement.

Dans ces conditions, le graphique nous montre que le sérum artificiel, à lui seul, administré rapidement et en quantité suffisante, par la correction qu'il apporte à l'effondrement de la masse sanguine, amène une véritable réanimation, un relèvement de la pression artérielle, en même temps que l'animal recouvre l'apparence d'une santé normale : la respiration est ample, régulière, mais un peu plus rapide, la tension revient à 14,5-17,5 au lieu de 15,5-20, chiffre de départ, les réflexes réapparaissent. Mais il ne s'agit là que d'un *succès momentané* ; pareille amélioration n'est pas durable ; tout se passe comme si l'organisme éliminait rapidement une grande partie de l'eau qu'il a reçue (la diurèse est très abondante). De ce fait, après deux heures, on voit la tension artérielle diminuer rapidement ; l'examen du sang montre une élévation secondaire du taux de l'hémoglobine après la forte baisse consécutive à l'injection de sérum. Force est donc de renouveler les injections de sérum ; même dans ce cas, progressivement, la tension artérielle ne se rétablira plus et la mort va survenir tardivement, entre cinq et six heures après le début de l'expérience.

Une conclusion pratique s'impose donc : l'injection intraveineuse de sérum artificiel est capable de rappeler momentanément à la vie des animaux qui, sans elle, seraient morts rapidement. Le praticien a donc le devoir d'intervenir d'urgence.

2° Mais devant ces résultats éphémères on peut se demander : « que fait *la transfusion du sang?* »

On sait bien que si l'on injecte à un chien saigné à blanc, une grande quantité de sang, voisine de la quantité de sang perdu, le résultat est admirable, la mort est empêchée. Mais des transfusions aussi massives sont loin d'être toujours réalisables en pratique. Injectons maintenant seulement le quart de la quantité de sang perdu par notre chien. Ainsi, à un chien de 12 kg. ayant perdu 840 cm^3, nous réinjectons 210 cm^3 de son sang citraté ; il s'agit là d'une forte transfusion. Le succès immédiat est beau, mais il est aussi momentané. Après cette action heureuse initiale, la mort va survenir après un délai de 3 à 4 heures.

3° Que faire pour transformer ce résultat passager en succès durable et définitif? Nous avons essayé la combinaison des deux méthodes précédentes.

Mélangé au sérum, le sang devient moins visqueux, plus facilement injectable, moins nocif aussi. Nous nous sommes arrêtés, après divers essais, au mélange : une partie de sang citraté pour trois parties de sérum artificiel. Dans ces conditions, la quantité de sang réinjectée à l'animal représente le quart de la quantité de sang perdu. Un chien de 17 kilogrammes est saigné, il perd 1.050 cm^3 de sang (6,2 % de son poids), qui sont recueillis sur du citrate de soude ; on lui injecte alors par voie veineuse, 1.050 cm^3 du mélange : sang citraté du même animal : une partie + sérum artificiel : trois parties. L'injection est faite en cinq minutes. Le rythme respiratoire redevient normal, la tension artérielle remonte définitivement; après 7 à 8 heures, la guérison persiste.

Ainsi la thérapeutique par sang dilué, après des hémorragies particulièrement graves, semble puissamment efficace : rapide dans ses effets, définitive dans ses résultats. De telles expériences ont été répétées sur 104 animaux.

Dans la pratique, dans les cas d'urgence, quand le médecin ne dispose pas immédiatement de sang, le sérum artificiel garde ses droits, il permet de retarder la mort et donne le temps à une transfusion d'agir ; une petite transfusion peut, en effet, sauver l'animal dont la masse sanguine a été rétablie immédiatement par une injection de sérum artificiel, même si elle est pratiquée deux à trois heures après l'hémorragie. Mieux vaut, quand on le peut, mélanger l'un et l'autre, la solution ainsi obtenue étant en outre plus rapidement injectable.

4° Les observations précédentes nous ont conduits à opérer avec du sang *conservé,* c'est-à-dire avec du sang citraté et glucosé conservé à la glacière. Une première question s'est posée : combien de temps ce sang est-il utilisable, puisque la conservation entraîne des modifications chimiques, physiques et biologiques? Je voudrais insister devant vous sur les modifications du potassium du plasma sur lesquelles G. Jeanneney et L. Servantie avaient parfaitement attiré l'attention dès 1938.

Les globules rouges sont excessivement riches en potassium ; or, sans qu'il y ait hémolyse, le potassium peut augmenter dans le plasma d'un sang conservé. Avec R. Fabre (1), nous avons dosé le potassium dans le plasma du sang conservé du lapin et de l'homme ; après plusieurs jours de conservation, nous avons trouvé, dans certains échantillons, des chiffres énormes de K plasmatique : 1 gr. 470 ‰ dans un sang humain de sept jours au lieu du chiffre normal de 0 gr. 178 à 0 gr. 197 ‰. Expérimentalement, nous avons essayé d'injecter à des animaux du sang conservé à divers stades et nous avons utilisé, pour cette étude, non des animaux normaux mais des animaux saignés, afin de nous rapprocher des conditions pathologiques dans lesquelles le médecin aura à intervenir. Au delà de sept jours, le sang conservé de chien est devenu nocif, il n'est plus parfaitement toléré, et bien plus, injecté seul, il n'empêche pas la mort. Ainsi, un chien saigné reçoit une injection de sang conservé depuis neuf jours ; on observe une véritable sidération de l'orga-

(1) Léon Binet et René Fabre. Potassium plasmatique et hémolyse. *C. R. de la Soc. de Biol.*; t. CXXXIII, p. 230, 17 février 1940.


MUCINUM

nisme, on note la mort de l'animal même avec la dose minime de 200 cm^3 de sang conservé. La conservation du sang de chien est favorable jusqu'au 7e jour, douteuse le 8e jour ; le 9e jour de conservation, la mort se produit en quelques minutes chez l'animal hémorragié, et traité avec ces échantillons de sang. Il est d'ailleurs acquis que le potassium n'est pas le seul élément nocif et on note des sangs conservés nocifs dont la kaliémie plasmatique est restée normale. Il faut néanmoins retenir cette hémo-nocivité et attacher la plus grande importance à la date de préparation du sang.

Qu'obtient-on si l'on utilise un sang nocif dilué dans du sérum artificiel, toujours dans la proportion d'une partie de sang conservé pour trois parties de sérum? On atténue ce pouvoir nocif, à tel point que, non seulement le sang ne tue plus l'animal, mais que ce mélange a un effet curateur soutenu et assure la survie de l'animal. Ainsi, un chien de 18 kilogrammes subit une hémorragie de 1.220 cm^3 ; il reçoit une injection intraveineuse rapide d'un mélange formé de 915 cm^3 de sérum artificiel et de 305 cm^3 de sang conservé depuis 9 jours. Sa tension remonte au chiffre antérieur et l'animal survit.

On peut donc diminuer la nocivité d'un sang conservé et par là même, reculer la date de nocivité de ce sang ; c'est ainsi que nous avons transfusé impunément des chiens hémorragiés avec des sangs de 18, 21 et même, dans un cas, de 35 jours. Ces échantillons de sang dilué ont été parfaitement tolérés et ont gardé leur pouvoir curateur. Chez l'homme même, dans un service hospitalier, étant donné l'impossibilité d'utiliser un donneur de sang frais et de se ravitailler en sang conservé, on a utilisé, en le diluant, dans un cas, un sang qui avait près d'un mois et demi avec un résultat et une tolérance parfaites.

Ces faits observés sur de nombreux animaux, déjà basés sur des résultats cliniques, nous montrent que, à côté du sérum et de la transfusion sanguine qui ont acquis droit de cité en chirurgie et en médecine, une perte sanguine considérable peut être compensée par une injection intraveineuse de sang dilué, utilisant le sang frais surtout ; méthode conciliatrice par addition des deux précédentes.

II. L'hémorragie n'est qu'un des points de la physiopathologie du blessé, un autre problème, très important de par sa gravité, se pose pour nous, c'est le *problème du choc*.

a) Point n'est besoin de nous étendre ici sur les différentes théories émises pour en expliquer la nature, origine nerveuse pour le professeur H. Roger, origine toxique pour E. Quénu, P. Delbet, P. Duval, qui insistent sur le pouvoir autotoxique des tissus traumatisés. Je vous signalerai aussi les travaux très précis de W.-B. Cannon, et le bel ouvrage de V. Moon. Une commission dite du choc, rattachée au Centre national de la recherche scientifique et présidée par le professeur A. Gosset, l'a étudié à nouveau en 1940.

Rappelons plutôt la manière dont il se présente. Il peut être précoce ou tardif. Il a été décrit comme un syndrome à trois hypos : hypotension artérielle, hypothermie, hypoesthésie. Le pronostic en est très grave.

b) Expérimentalement, *comment déterminer un choc?* De nombreuses techniques ont été mises à l'honneur, mais étant donné que le choc est l'aboutissant de causes multiples, étant donné aussi l'importance de la théorie autotoxique, nous avons pensé qu'il était nécessaire d'obtenir un choc « dosable », facile à étudier chez l'animal et, après divers essais, nous nous sommes arrêtés à l'étude, aujourd'hui classique, du *choc histaminique*, sans penser — cela va sans dire — que l'histamine soit tout dans la genèse des chocs même d'origine toxique. Il s'agit là d'un état bien défini, grave comme vous allez pouvoir en juger et sur lequel la littérature biologique est abondante et précise.

Chez un animal endormi, on injecte, par voie veineuse, une solution de bichlorhydrate d'histamine à la dose de 2 mg. 5 par kilogramme ; immédiatement, la tension artérielle s'abaisse, le rythme respiratoire devient irrégulier ; dix minutes après la première agression, une deuxième injection identique de 2 mg. 5 par kilogramme est à nouveau pratiquée. Les manifestations circulatoires et respiratoires, les modifications humorales et biochimiques sont soigneusement étudiées pendant une durée plus ou moins longue.

On assiste alors à un effondrement complet et définitif de la tension artérielle, à l'apparition d'un spasme bronchique accentué (contre lequel il faudra quelquefois lutter par la respiration artificielle), et la mort va survenir en trente minutes si l'animal est abandonné à lui-même. J'insiste sur la haute gravité du choc ainsi déclenché, un tel état de collapsus ne se corrige pas spontanément.

c) Il importe de s'arrêter un peu plus longuement à l'étude du syndrome humoral qui accompagne le choc histaminique. Je voudrais d'abord souligner devant vous l'importance des réactions hématologiques et leur valeur dans le diagnostic différentiel, souvent difficile, entre le choc et l'hémorragie. On observe l'existence d'une forte hémoconcentration, d'une polyglobulie accentuée qui va s'opposer à l'anémie classique des hémorragiés.

Le nombre des globules rouges augmente d'une façon considérable et l'élévation de leur taux est progressive : un chien voit son chiffre globulaire passer de 6.000.000, chiffre normal, à 7.000.000, 8.000.000, 9.000.000. Il ne s'agit pas là d'une polyglobulie de mobilisation par intervention de la rate ; il y a une fuite d'eau du sang circulant vers les tissus, vers le système lacunaire ; ce passage, ce mouvement de l'eau étant lui-même sous la dépendance d'une modification de la perméabilité capillaire. Le plasma quittant le milieu circulant, il en résulte une véritable déshydratation aiguë, une réduction accentuée, progressive de la masse du sang. Il importe de corriger cette fuite d'eau en réhydratant l'animal au moyen d'un sérum artificiel. Les dosages biochimiques effectués au cours du choc permettent d'en fixer la composition la plus rationnelle — le sérum sera chloruré sodique, bien qu'il n'y ait pas chloropénie ; on n'y ajoutera pas de glucose puisqu'il y a déjà une hyperglycémie manifeste ; par contre, il sera bicarbonaté pour corriger la chute précoce et accentuée du CO^2 plasmatique total ; nous retiendrons encore la chute du glutathion tissulaire, dans le foie et surtout dans les surrénales qui nous a incité à adjoindre à ce sérum salé et bicarbonaté, de l'hyposulfite de soude, réputé déjà comme médicament antichoc.

L'étude du syndrome humoral a donc servi de base à la réalisation d'une solution artificielle correctrice, la même que celle déjà utilisée dans le traitement de l'hémorragie.

Quelle *est la valeur pratique de ce sérum dans le traitement du choc histaminique?* (1)

Injecté au chien par voie intraveineuse, rapidement, à la dose de 500 cm^3, il permet de retarder la mort qui, dans ces conditions, attend 2, 3 ou même 4 heures pour se produire. L'amélioration de l'animal est indiscutable, elle se manifeste rapidement par une réascension de la tension artérielle, un amendement des troubles respira-

(1) Léon Binet et M. V. Strumza. Le traitement du choc traumatique par l'injection intraveineuse de sang dilué. *Bull. de l'Acad. de Méd.*, t. CXXIII, p. 592, 27 août 1940. Contribution à l'étude du choc (déductions thérapeutiques). *La Presse Médicale*, 16-19 octobre 1940.

toires et au point de vue hématologique, par une correction de la concentration sanguine. Mais il ne s'agit là encore, dans les cas très graves, que d'un résultat passager ; les sérums artificiels parent au plus pressé, permettent la survie des *morituri*, mais ils n'empêchent pas la mort. Tout se passe comme si la perméabilité cellulaire restant exagérée, le sérum injecté quittait plus ou moins rapidement le torrent circulatoire, comme l'avait déjà fait le plasma sanguin et ainsi qu'en témoigne la numération des hématies dans le sang artériel de l'animal; leur taux continue en effet, secondairement, à s'élever considérablement chez les chiens choqués ainsi traités.

Nous avons songé à appliquer au choc histaminique la technique du *sang dilué*. En utilisant les mêmes proportions que précédemment (sang + sérum, dans la proportion de 1 à 3), les résultats sont indiscutablement supérieurs à ceux obtenus avec du sérum seul. L'animal reprend une tension artérielle et une respiration normales. Il se réveille progressivement et sort de son coma après 6 à 8 heures. Alors que le témoin mourait en 20 à 30 minutes, et que le chien traité par le sérum était momentanément amélioré pendant 3 à 4 heures, le chien traité par le sang dilué a vécu plus de 8 heures et s'est réveillé. (Statistique de plus de 60 expériences).

Déjà, en clinique humaine, le sang dilué a été utilisé, au centre antichoc de Bar-le-Duc en particulier, grâce aux efforts de R. Monod, Malarmé et F. Bourlière, dans diverses formations sanitaires grâce à J. Leveuf, à M. Sureau ; leurs résultats ont été favorables.

De cette leçon, je voudrais tirer deux conclusions pratiques : la première, c'est que l'hémorragie suraiguë, comme le choc grave, peuvent être traités avec succès par la technique du sang dilué obtenu avec du sang frais ou même du sang conservé de longue date ; la deuxième, c'est que les cas, en apparence désespérés, ne doivent pas être considérés de prime abord, comme au delà des ressources de la thérapeutique, ils ne doivent pas être abandonnés à eux-mêmes. Il faut savoir entreprendre, traiter toujours et espérer quand même.

VIE UNIVERSITAIRE

La rentrée du Conseil de l'Université de Paris. — La séance de rentrée du Conseil de l'Université a eu lieu le 20 octobre à la Sorbonne, sous la présidence du recteur. Elle réunissait, dans l'amphithéâtre Louis Liard, les doyens des différentes facultés et les directeurs des grandes écoles.

Au premier rang. S. E. le Cardinal Baudrillard, recteur de l'Institut Catholique, M. Villey, préfet de la Seine, et les présidents de la 4e Commission du Conseil municipal et de la Chambre de Commerce, les secrétaires perpétuels des différentes classes de l'Institut, le secrétaire général de l'Académie de Médecine.

Parmi les discours qui furent prononcés, l'un présente un intérêt spécial pour tous les médecins, c'est celui de M. le professeur Baudouin, doyen de la Faculté de Médecine. En voici le texte *in extenso*, d'après notre excellent confrère l'*Informateur Universitaire :*

« Quelques-uns d'entre vous peuvent se trouver surpris de voir un nouveau doyen à la tête de la Faculté de Médecine. Cela est dû à l'accident grave dont le doyen Tiffeneau a été victime le 10 juin dernier, lors du repliement du laboratoire militaire dont il avait la direction : l'obligation qui lui a été imposée de réduire son activité et de ménager ses forces l'a contraint à abandonner le décanat qui constitue une charge particulièrement lourde en ces heures troubles et douloureuses. La Faculté de Médecine tient à lui adresser publiquement l'expression de sa reconnaissance pour le dévouement inlassable dont il a fait preuve dans l'administration de notre Maison et la défense de ses intérêts.

Pendant l'année 1939-1940, — plus exactement depuis la rentrée de novembre 1939 jusqu'aux journées de juin 1940 —, la vie de la Faculté a été à peu près normale, en ce sens que tous les enseignements ont pu être assuré, de même que les travaux pratiques. Un certain nombre de nos professeurs et la plupart de nos agrégés étaient partis aux armées ; il y avait eu de plus, conformément aux instructions ministérielles, quelques mises à la retraite ; mais le nombre des inscriptions avait baissé dans des proportions considérables, en raison de la mobilisation, et aussi de la décision de nous limiter aux étudiants dont la famille était domiciliée dans la Seine, la Seine-et-Oise et la Seine-et-Marne. Vous vous rappelez que cette mesure avait été prise en prévision de bombardements aériens et, par suite, de l'incapacité où nous étions de garantir la sécurité d'un trop grand nombre d'élèves.

En octobre 1938, le chiffre des inscriptions avait dépassé 4.000; en octobre 1939, il ne fut que de 1.173. On supprima donc temporairement quelques cliniques, si bien que l'on pût, je le répète, assurer la marche normale de la Faculté. Le dévouement de notre corps enseignant réduit fut mis parfois à rude épreuve pour venir en aide, dans toute la mesure du possible, à nos étudiants mobilisés ou mobilisables. Le fait d'être docteurs étant susceptible de leur procurer d'appréciables avantages médico-militaires, tous ceux qui avaient la possibilité de passer leur thèse demandèrent à le faire entre septembre et décembre 1939. Alors que, dans les années les plus chargées, le nombre de nos thèses n'atteignait pas mille pour les deux semestres, il dépassa 1.500, au cours de ces quatre mois. Vous seriez surpris, et vous ne me croiriez pas si je le disais, que l'ensemble de cette production ait été de nature à enrichir beaucoup notre patrimoine scientifique : mais ce fut le fait des circonstances.

Pour les étudiants mobilisables en avril 1940, on fit des cours et des travaux pratiques accélérés pour leur permettre d'avoir leur année acquise au moment de leur départ. La nécessité d'assurer en même temps l'enseignement normal fit que cela n'alla pas sans quelque difficulté.

Quand survinrent les journées de juin 1940, la Faculté de Médecine se trouvait dans une situation particulière par rapport aux autres Facultés. Nos collègues des autres disciplines avaient été libérés par le Gouvernement, à partir du 9 juin, de l'obligation de rester à Paris. Il n'en était pas de même pour la plupart des médecins, en leur qualité de membres du Corps Médical des Hôpitaux. Les malades n'ayant pas été évacués, nous n'avions qu'à rester auprès d'eux, et cela étant, la Faculté de Médecine ne fut fermée à aucun moment. La bibliothèque était réouverte aux lecteurs dès le 20 juin : les examens de fin d'année et les soutenances de thèse ne subirent qu'une courte interruption. Nous tenons à dire à notre Recteur, notre ancien Doyen, toute notre gratitude pour le soutien moral et matériel qu'il nous a prodigué pendant cette période difficile.

Et nous en venons à la rentrée actuelle, rentrée cruelle où nous sommes assaillis de sentiments complexes, mélange d'amers regrets, d'inquiétude et d'espérance. Nous donnons un souvenir ému à nos confrères, jeunes et moins jeunes, qui sont tombés dans la bataille : parmi nos collègues, le professeur Rathery a fait à la patrie le suprême sacrifice d'un fils et nous nous associons à son deuil comme à sa douloureuse fierté. Nous n'aurons garde d'oublier les Maîtres vénérés — je ne citerai ici que MM. Desgrez et Pierre Marie — qui se sont éteints cette année au soir d'une longue vie où ils furent les bons serviteurs de la Faculté et de la Science.

Conformément aux instructions reçues, la Faculté a repris le 1er octobre son enseignement régulier. Mais nous n'avions pas attendu cette date et nous avons donné, pendant tout le mois de septembre, des conférences journalières portant sur de grands sujets d'actualité et de pratique médicales. J'ose dire qu'elles ont obtenu un vif succès parmi les élèves dont l'empressement, en cette période de vacances, a prouvé le désir de travailler et de s'instruire.

Mais je n'ose prétendre qu'ils soient tous égaux dans cette volonté de se donner de la peine : il en est peut-être qui accepteraient facilement qu'on leur donnât inscriptions et grades en échange d'un minimum d'assiduité et de connaissances, qui oublieraient un peu trop que le rôle de la Faculté est de faire, non seulement des docteurs mais des médecins instruits, et à qui il convient de rappeler ce principe fondamental que le médecin est fait pour le malade et non le malade pour le médecin. Mais je suis sûr que ceux-là sont très rares.

A la date du 15 octobre 1940, nous enregistrons un peu plus de 2.000 inscriptions, la moitié environ de celles de 1938. Ce déficit tient essentiellement au nombre de nos étudiants non encore démobilisés et de ceux qui sont prisonniers de guerre. Nul ne sait combien de temps il nous faudra attendre encore le retour des uns et des autres. De nombreux problèmes se poseront alors, qui ne seront pas aisés à résoudre ; mais nous nous y emploierons de toute notre bonne volonté et de tout notre cœur.

Une Faculté de Médecine est à la fois Centre d'enseignement et Centre de recherches et notre souci de produire de bons praticiens, de bons spécialistes, va de pair avec celui de former des hommes qui tiendront leur place dans le mouvement scientifique contemporain. Puisque notre malheur ne nous laisse que cette voie de la lutte pacifique, entrons-y du moins sans réserve en facilitant aux jeunes gens épris de recherche la poursuite de leur noble idéal. La plupart resteront les modestes ouvriers de l'œuvre commune ; d'autres iront plus avant et il n'est pas interdit d'espérer enfin que parfois, rarement certes, surgira la fleur merveilleuse, l'homme dont le génie ouvrira de nouveaux horizons aux autres hommes, et qui sera l'émule de Pasteur, de Claude Bernard et de Laennec ».



LABORATOIRE MAUCHANT

GENNEVILLIERS (Seine)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 6 SEPTEMBRE 1940

Un cas isolé de typhus exanthématique. — MM. Halbron, Lenormand, Lévy-Bruhl et di Matteo. — Observation d'un malade entré à l'hôpital pour un état fébrile aigu à début brusque et à symptomatologie pulmonaire. Le diagnostic qui apparaît exact est celui de typhus exanthématique, diagnostic confirmé par une réaction de Weil-Félix, nettement positive. Défervescence au 12e jour. Après enquête, on peut conclure à un cas isolé contracté dans la région parisienne.

Formation gazeuse sous-cutanée en rapport avec une vaste caverne tuberculeuse superficielle. — M. Benda. — Malade de 31 ans, atteinte de tuberculeuse cavitaire ancienne de la région sous-axiale gauche, chez laquelle on constate à la face antérieure du thorax, une formation gazeuse sous-cutanée, subissant l'impulsion de la toux, s'accentuant quand la malade se penche en avant et réductible par la pression. Cette communication d'une caverne tuberculeuse avec les parties molles du thorax n'a pu se produire qu'à la suite de processus préparatoires (sclérose et symphyse pleurales, suppuration localisée ou perforation).

Ostéomalacie avec tétanie. — M. Monier-Vinard. — Observation d'une femme de 36 ans qui, après avoir présenté des crises de tétanie, fut atteinte d'une ostéomalacie grave, étendue à tout le squelette. Affaissement de la taille par le fait d'une grande déformation cypho-squelettique. L'examen radiographique démontre un amincissement de la portion extrême de tous les os. Le bassin a le type ostéomalacique ; le crâne n'a que l'épaisseur de celui d'un enfant ; aux quatre membres, plusieurs foyers de fracture à type sous-périostées. L'analyse a démontré une hypocalcémie et une phosphorémie normale. Les symptômes de tétanie disparurent par le traitement recalcifiant, vitaminique et parathyroïdien.

Tumeur cervicale haute opérée en état d'asphyxie. Respiration artificielle dans le poumon d'acier pendant 21 jours. Guérison. — MM. Cl. Vincent et Nicaud. — Observation d'une femme de 52 ans qui portait une tumeur comprimant les 3e et 4e segments cervicaux. Elle était en état d'asphyxie. Opérée sans respiration artificielle, elle fut ensuite placée dans le poumon d'acier. Au bout de 21 jours elle respirait par ses propres moyens. La paralysie du diaphragme avait disparu. Au bout de 4 mois elle était debout et marchait.

Cette observation paraît unique.

SÉANCE DU 13 SEPTEMBRE 1940

Considérations cliniques, épidémiologiques et thérapeutiques sur 61 cas de méningites cérébro-spinales. — MM. Rathery, Bolzinger et Decourt. — Cette note, dont les détails ont été observés pendant la période de mobilisation, est surtout intéressante par le nombre des cas observés, et par l'exposition des caractères cliniques et épidémiologiques. Suit une longue discussion sur la valeur thérapeutique des méthodes employées.

Coup de fouet et claudication intermittente au cours de la maladie de Vaquez. — M. Ramond, Mlle Bareillier et Mme Pagnon. — Observation d'un malade atteint de maladie de Vaquez et de claudication intermittente, ayant souffert « d'un coup de fouet ». Les auteurs considèrent que les troubles circulatoires, artériels et veineux sont des manifestations secondaires à des lésions des parois des artères et des veines, ces vascularités étant elles-mêmes sous la dépendance de la cause inconnue qui provoque la polyglobulie dans la maladie de Vaquez.

Troubles du métabolisme du sodium et du potassium dans les dysenteries bacillaires graves. — M. Brulé. — L'auteur a retrouvé dans la dysenterie bacillaire grave, par dosage du chlore, du sodium et du potassium dans l'urine, les troubles de l'élimination qu'il avait constatés avec Sassier et Cottet. Dans la dysenterie bacillaire grave, on retrouve à la période d'état, un abaissement sensible des rapports sodium-chlore et sodium-potassium. L'auteur a prouvé que dans cette maladie l'élimination du potassium dans l'urine cesse avec la convalescence. On peut donc admettre que l'excrétion du potassium est liée à l'amaigrissement et à la fonte musculaire.

Crypto-leucémie aiguë révélée par la ponction sternale. Formule sanguine d'anémie aplastique et d'agranulocytose. — MM. Kaplan et de Chevasnérie. — Observation d'un soldat présentant une anémie profonde avec chute considérable du taux des granulocytes. Il n'y avait dans le sang circulant aucune forme anormale. Seule la ponction sternale montrant une moelle formée presque exclusivement de cellules souches et sans aucun globule rouge, permit de faire le diagnostic de leucémie aiguë.

Un cas d'ostéopathie chronique douloureuse avec pseudo-fractures multiples et symétriques. — M. Debray. — L'auteur rappelle l'observation d'une femme de 51 ans, chez qui l'examen radiographique montra des fissures osseuses, atteignant les branches iléo et ischio-pubiennes, les cols fémoraux. L'auteur a signalé le mode de réparation des lésions par simple recalcification des travées osseuses, sous formation de cal. Différents auteurs ont signalé le curieux syndrome qui guérit le plus souvent malgré les troubles fonctionnels qu'il entraîne et l'importance des lésions osseuses.

PRATIQUE MÉDICALE

Vitamine B_1
Foie et système nerveux central

M. le professeur agrégé Lhermitte, poursuivant ses recherches si intéressantes sur l'alcoolisme expérimental (Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 5 juillet 1940), a mis en lumière le fait suivant :

« Un animal soumis au régime carencé et déséquilibré et qui reçut, en même temps que la liqueur d'absinthe, des injections sous-cutanées de vitamine B_1 (bénerva), succomba après trois mois d'intoxication en présentant une parésie du train postérieur. Si l'on se souvient que des sujets du même lot ont tous succombé après le 44e jour au maximum, on est obligé d'admettre que la vitaminothérapie a prolongé notablement la survie. Mais, fait plus intéressant, l'histologie nous a fait voir que le foie de cet animal ne présentait que des modifications insignifiantes. D'autre part, chose plus remarquable encore et d'aspect paradoxal, si les modifications du système nerveux central apparaissaient discrètes, à l'opposé de celles des animaux du même lot, mais non soumis à la vitaminothérapie, les altérations des nerfs des membres postérieurs étaient très grossières. Ici donc la vitaminothérapie semble avoir, en protégeant le foie et le système nerveux central et en augmentant la survie, rendu plus sensibles les éléments du système nerveux périphérique ».

La bénerva Roche représente la vitamine B_1 (aneurine cristallisée) rigoureusement dosée, totalement atoxique, toujours très bien tolérée. Elle se présente sous forme de comprimés dosés à 1 mg. d'aneurine, d'ampoules de 1 cm^3 dosées à 2 mg. d'aneurine et d'ampoules de 1 cm^3 dosées à 10 mg. d'aneurine (dosage fort).

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

28

Nos 71-72. — 6-9 NOVEMBRE 1940. 113e ANNEE Le No 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (près la Faculté de médecine), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Conseil supérieur de l'Ordre des médecins. — Par décret du ministre secrétaire d'Etat à l'Intérieur paru au *Journal Officiel* du 31 octobre 1940, ont été nommés membres du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins : M. LERICHE, professeur au Collège de France, *Président* ; MM. BOUDET, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier ; COMBES, médecin des hôpitaux de Marseille ; FÈVRE, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris ; GERNEZ-RIEUX, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille ; GRENET, médecin des hôpitaux de Paris ; HOLLIEN R., médecin praticien à Epinay-sur-Orge ; NÉDELEC, chirurgien de l'hôpital d'Angers ; ROUX-BERGER, chirurgien des hôpitaux de Paris ; THIBAUDET, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital de Lorient; VIAUD, ophtalmologiste des hôpitaux de Bordeaux ; VILLEGIER M., médecin praticien à Limoges, *membres*.

Le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins comprend donc : trois membres parisiens, neuf membres provinciaux.

Cette composition répond à l'esprit nouveau de décentralisation qui était le vœu unanime du Corps Médical français. Les douze médecins désignés ont été choisis, les uns parmi les maîtres des Facultés, d'autres parmi les chefs de service des hôpitaux, d'autres parmi les praticiens. Tous jouissent d'une réputation d'intégrité absolue, de dévouement total à la chose commune et à la corporation médicale. La plupart d'entre eux ont, depuis longtemps, étudié de près les divers problèmes moraux et matériels qui se posent à cette corporation.

On a donc confié l'honneur et le sort matériel de la corporation médicale à des hommes d'âge mûr ou jeunes encore, tous munis de ces qualités solides et probes qui font les « constructeurs », pour qu'ils tiennent le flambeau d'une main ferme — et qu'ils le transmettent, un jour proche, aux jeunes qui attendent, pleins d'espoir, mais résolus à ne plus tolérer les erreurs du passé.

Hôpitaux de Paris. — MUTATIONS. — La consultation d'*Oto-rhino-laryngologie* de l'Hôpital Broussais a été transformée en service (chef de service : M. Chatellier).

— La consultation d'*Oto-rhino-laryngologie* de l'Hôpital Bichat a été transformée en service (chef de service : M. Leroux).

— La consultation d'*Ophtalmologie* de l'Hôpital Bichat est transformée en service (M. Prélat, chef de service).

— M. Lagrange est chargé du service d'*Ophtalmologie* de l'Hôpital Saint-Antoine.

— La *Clinique Médico-Chirurgicale* (33, rue Antoine-Chantin, Paris) vient d'être mise à la disposition de l'Assistance Publique de Paris.

Elle fonctionnera sous la direction de M. Rouhier, chirurgien, chef de service.

Deux cliniques nouvelles pour les enfants. — Le *Bulletin Municipal Officiel* du 3 novembre 1940 rappelle que l'administration générale de l'Assistance à Paris, dispose de quatre hôpitaux d'enfants : Enfants-Malades, Trousseau, Bretonneau et Hérold.

Les *Enfants-Malades* vont être dotés de deux cliniques modernes :

1° Une clinique chirurgicale comprenant 168 lits et des services opératoires munis des derniers perfectionnements ;

2° Une clinique médicale regroupant dans un seul bâtiment de trois étages, les services actuellement séparés et répartis dans des bâtiments vétustés. Ce bâtiment comprendra 316 lits, dans des boxes individuels vitrés, donnant sur des terrasses.

Au rez-de-chaussée seront les laboratoires et les locaux destinés à l'enseignement prévus pour 200 élèves.

— A l'hôpital Broussais va être également construit un nouveau service de chirurgie de 184 lits. Dans les salles d'opérations sera expérimenté un système d'éclairage tout à fait nouveau, éliminant la chaleur et la fixation des poussières.

Faculté de médecine de Paris. — Une série spéciale d'examens aura lieu du 1er au 10 décembre prochain. Seuls les candidats qui, soit en raison de leur mobilisation, soit pour cause de rentrée tardive de la zone libre et qui n'ont satisfait qu'à *une seule session*, peuvent être mis en série. La consignation aura lieu du 18 au 20 novembre. Il y a lieu de remarquer qu'il ne saurait s'agir d'une troisième session d'examen, mais d'une *série complémentaire* de la 2e session de 1940 (septembre-octobre). Les étudiants qui ont pu se présenter deux fois et qui ont échoué deux fois en 1940 ne pourront donc pas se présenter aux épreuves de cette série complémentaire. Les étudiants qui sont dans ces conditions doivent se mettre en règle d'urgence avec la Faculté.

Secrétariat général à la famille et à la santé. — Le *J. O.* du 29 octobre publie les décrets suivants :

1° Décret fixant *l'organisation des directions*, des services et bureaux de l'administration centrale du secrétariat d'Etat à l'Intérieur (secrétariat général à la famille et à la santé).

2° Décret relatif à *l'organisation et au statut de l'inspection générale de la santé* au secrétariat d'Etat à l'Intérieur (secrétariat général à la famille et à la santé).

3° Décret fixant les attributions et le *statut des médecins inspecteurs* et des médecins inspecteurs adjoints de la santé.

4° Décret relatif à *l'application de la loi du 16 août 1940 concernant l'exercice de la médecine.*

Ce dernier décret est relatif aux demandes de *dérogations* prévues par l'article 2 de la loi du 16 août 1940. Les demandes devront être adressées au ministre secrétaire d'Etat à l'Intérieur. La décision sera prise par le ministre secrétaire d'Etat sur la proposition d'une commission supérieure de contrôle composée de trois membres : le directeur de la santé ou son représentant ; un docteur en médecine désigné par le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins ; un membre du Conseil d'Etat.

Les demandes formulées par les médecins exerçant actuellement en France, devront être adressées dans le mois suivant la publication du présent décret. (Le décret est daté du 28 octobre et publié dans le numéro du *J. O.* du 29 octobre.)

Toutefois, pour les médecins prisonniers de guerre, ce délai d'un mois partira du jour de leur libération. (Un modèle de la formule de demande est annexé au décret. *J. O.*, 29 octobre 1940.)

Inspecteurs départementaux d'hygiène. — Le ministre secrétaire d'Etat à l'Intérieur a pris, le 1er octobre, l'arrêté suivant :

Article premier. — M. le Dr Levy, inspecteur départemental d'hygiène, est affecté, à titre temporaire, en qualité de médecin inspecteur de la santé du département de Vaucluse.

M. le Dr Bardin, inspecteur adjoint départemental d'hygiène, est affecté, à titre temporaire, en qualité de médecin inspecteur adjoint de la santé dans le département de l'Orne pour y exercer les fonctions de médecin inspecteur de la santé.

M. le Dr Gueutal, inspecteur adjoint départemental d'hygiène, est affecté, à titre temporaire, en qualité de médecin inspecteur adjoint de la santé dans le département de l'Eure pour y exercer les fonctions de médecin inspecteur de la santé.

M. le Dr Alaroze, inspecteur adjoint départemental d'hygiène, est affecté, à titre temporaire, en qualité de médecin inspecteur adjoint de la santé dans le département de Loir-et-Cher pour y exercer les fonctions de médecin inspecteur de la santé.

Art. 2. — Le directeur de l'hygiène et de l'assistance, le chef du service du personnel et de la comptabilité et les préfets intéressés sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté. (*J. O.*, 27 octobre 1940.)

La Fondation d'Heucqueville, reconnue d'utilité publique, accueillera cet hiver, en raison des circonstances, dans sa Pouponnière Modèle, un nombre limité de nouveau-nés au compte des parents pour un prix de journée inférieur au prix de revient.

La déléguée pour la région parisienne (service social), *recevra les futures mères, pour constitution des dossiers, tous les lundis de 14 à 18 heures, à partir du 11 novembre 1940.*

(On sait que la Fondation d'Heucqueville, 85, boulevard Montmorency, à Paris (16e), prend en charge tout enfant sans famille, après enquête héréditaire, de constitution sans tare. Elle lui assure une dot à sa majorité, et le confie à une famille sans enfant, en vue d'adoption ou de légitimation ultérieure, sous le régime de la nouvelle législation familiale du 29 juillet 1939).

Renseignements

Visiteur médical depuis 1923, franc. d'orig., référ. les plus sérieuses, représenterait pour Paris, spécialité d'*intérêt réel*. — Ecrire au journal, n° 403.

Nécrologie

Nous avons le regret d'apprendre la mort du Dr André Charles Derocque, ancien interne des hôpitaux de Paris (1923), chirurgien des hôpitaux de Rouen, professeur suppléant à l'Ecole de Médecine de Rouen, capitaine d'artillerie, tombé au champ d'honneur, le 13 juin 1940, à l'âge de 42 ans.

Notre regretté collègue laisse une veuve et cinq enfants.

— Du Dr Georges Lemoine, professeur honoraire à la Faculté de Médecine de Lille, décédé, dans sa 82e année, au château de Levanges, par Decize (Nièvre), le 16 octobre 1940.

— Du Dr Lavabre (de Millau).



MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

DÉNOMINATION	COMPOSITION et POSOLOGIE	INDICATIONS
ADOVERNE "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Glucosides de l'Adonis Vernalis* Gouttes : 20 à 40 p. j. Gran. : 2 à 4. Supp. : 1 p. j.	Insuffisances cardio-rénales
CARDITONE Laboratoires LOBICA 25, rue Jasmin, Paris (16e)	*Extrait de Strophantus* *Sulfate de Spartéine* *Extrait de Muguet* 2 à 5 comprimés par jour	Cardiopathies valvulaires Myocardites - Péricardites Insuffisance cardiaque
COLITIQUE Laboratoires du Dr P. ASTIER 42 et 41 à 47, rue du Docteur-Blanche Paris (16e)	*Vaccin curatif anticolibacillaire* Adopté par les Hôpitaux et le Ministère des Colonies *Voie buccale* : Une ampoule le matin à jeun, vingt minutes avant le petit déjeuner, dans un peu d'eau minérale ou de tisane non sucrée	Toutes affections à colibacilles Gastro-entérite, Pyélonéphrite, Cystite, Maladies infectieuses des organes génitaux féminins, Ictère, etc...
LACTOBYL Laboratoires LOBICA 25, rue Jasmin, Paris (16e)	*A base d'extraits opothérapiques* *Suractivités* 2 à 6 comprimés par jour	Toutes modalités de la constipation
LAROSCORBINE "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Vitamine C synthétique cristallisée* Comp. : 2 à 4 p. j. Amp. 2 cm^{3} ; 1 à 2 p. j. Amp. 5 cm^{3} : 1 p. j.	Toutes déficiences organiques
LYXANTHINE ASTIER Laboratoires du Dr P. ASTIER 42 et 41 à 47, rue du Docteur-Blanche Paris (16e)	Composé anti-arthritique *Iodo-propanol sulfonate de sodium* *Bitartrate de lysidine* *Gluconate de calcium* Granulé effervescent Une cuillerée à café le matin à jeun	Goutte, Gravelle, Rhumatismes Névralgies rhumatismales, Arthrites Cellulites
PULMOREX (109 M) Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Dérivé soluble de la Sulfamide* *(Paraaminophényl-sulfamide méthylène sulfonate de soude)*	Traitement des voies respiratoires Infections du cavum Streptococcies - Gonococcies
SERENOL Laboratoires LOBICA 25, rue Jasmin, Paris (16e)	*A base de :* *Peptone, Phényl-Ethyl-Malonylurée Héxamétylène, Tétramine, Extraits mous de belladone, de Passiflore, d'Anémone de Boldo, de Cratœgus* 2 à 5 comprimés, 1 à 3 cuillerées à café ou suppositoires dans les 24 heures	Déséquilibre neuro-végétatif Etats anxieux, Emotivité Palpitations, Dyspepsies nerveuses
SIROP "ROCHE" **AU THIOCOL** Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Gaïacol inodore* Adultes : 1 à 4 c. à s. p. j. Enfants : 1 à 4 c. à s. p. j. et plus	Toutes affections des voies respiratoires
SOMNIFÈNE "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Le plus maniable des hypnotiques* Gouttes : 30 à 60 p. j. Amp. : 2 cm^{3} : 1 ss.-cut. au coucher Amp. 5 cm^{3} ; 1 endov. p. j. et plus	Toutes insomnies, même compliquées Troubles nerveux et mentaux
VEINOTROPE Laboratoires LOBICA 25, rue Jasmin, Paris (16e)	*Parathyroïde, Ovaire (ou Orchitine) Surrénale, Pancréas, Hypophyse Marron d'Inde, Hamamelis Virginica Noix vomique* 4 comprimés par jour	Maladie veineuse et ses complications Puberté, Age critique

REVUE GENERALE

LA HERNIE POSTÉRIEURE DU DISQUE INTERVERTÉBRAL

Par M. Maurice Gaucher
Ancien chef de clinique à la Faculté de Paris

Grâce aux nombreux travaux publiés depuis quelque dix ans tant à l'étranger qu'en France, la hernie postérieure du disque intervertébral a acquis droit de cité dans la pathologie vertébrale.

Avant d'en décrire les principaux aspects cliniques, nous rappellerons de façon succincte quelques caractères anatomiques et physiologiques du disque intervertébral, qui permettront de mieux comprendre l'étiologie et la pathogénie de cette affection.

Rappel anatomique

Bien que tous les anatomistes depuis Vesale aient fait la description du disque intervertébral, leur anatomie fine n'a été précisée que depuis peu. Schmorl et ses élèves, grâce au matériel anatomique considérable dont ils disposaient (plus de 10.000 colonnes examinées de 1925 à 1931) ont contribué, pour une bonne part, à cette étude anatomique et physiologique.

On sait que le disque intervertébral comprend deux parties :

1° Une partie centrale, *le noyau gélatineux*, masse semi-fluide, constituée d'un réseau très lâche de fibres conjonctives, dans lequel on trouve épars des cellules cartilagineuses diverses, des fibrocytes et inconstamment quelques vestiges chordaux, les cellules physalides de Wirchow.

Ce noyau constituerait pour certains une cavité articulaire vraie ou du moins un « espace articulaire rudimentaire » (Luschka), injectable par certains artifices (Schmorl) et présentant un recessus postérieur s'étendant jusqu'au ligament longitudinal postérieur.

2° Une partie périphérique, *l'anneau fibreux*, véritable capsule formée de lames conjonctivales circulaires, allant d'une vertèbre à l'autre, de nombre et de disposition variables suivant les régions, très adhérente en avant au rebord antérieur des vertèbres, moins adhérente latéralement et surtout en arrière au niveau du ligament longitudinal postérieur.

Le disque lui-même est séparé des corps vertébraux par un *revêtement cartilagineux*, analogue à celui des autres articulations, plus épais aux bords qu'au centre et qui, ici comme aux autres jointures, joue un rôle de protection vis-à-vis des infections d'origine osseuse.

Deux caractères anatomiques particuliers individualisent encore le disque intervertébral :

— d'une part, *l'absence de vascularisation :* le système vasculaire régresse durant l'enfance et l'adolescence et chez l'adulte la nutrition du disque se fait par diffusion. *Il en résulte une sénescence précoce du disque*, plus précoce encore au niveau du noyau gélatineux qu'au niveau de l'anneau fibreux. Cette sénescence liée à une transformation du nucleus en tissu fibreux semble s'opérer à partir de la quarantaine, encore que pour Keyes et Compère, elle apparaisse plus tardive ;

— d'autre part, *l'absence d'innervation propre :* l'élément nerveux sensitif est essentiellement localisé dans les ligaments longitudinaux, d'où l'absence de douleur propre du disque.

Rappel physiologique

Les disques intervertébraux ont pour fonction d'amortir les pressions et de présider aux différents mouvements du rachis. Ce rôle incombe avant tout au noyau gélatineux, élastique et déformable bien que incompressible. qui se déplace légèrement, lors des mouvements, permettant ainsi le déplacement des axes autour desquels les corps vertébraux se meuvent.

Le noyau se trouve normalement soumis à une pression considérable, celle de la partie du corps située au-dessus de lui.

Dans certaines circonstances, et en particulier sous l'influence de traumas, cette pression se trouve accrue. Glorieux a bien précisé le mécanisme de ces lésions rachidiennes ; dans les mouvements de flexion et d'extension physiologiques libres, c'est-à-dire sans contracture des muscles antagonistes, le nucleus ne subit pas d'accroissement de pression. Il n'en est pas de même lorsqu'une force de flexion ou d'extension agit sur une colonne à muscles antagonistes contracturés ne permettant aucun mouvement. Coincé, le noyau gélatineux se trouve énucléé et fait issue au niveau des zones de moindre résistance : très rarement en avant ou latéralement (H. antérieure et latérale) en raison de l'adhérence de l'anneau au rebord osseux, parfois en haut ou en bas dans le corps vertébral (H. intra-spongieuse supérieure ou inférieure) plus souvent en arrière (H. postérieure) en raison de la faible adhérence de l'anneau et du peu de résistance du ligament longitudinal postérieur. Ces dernières seules feront l'objet de cette étude.

Historique

Sans parler d'un cas incertain de Wirchow, le premier cas décrit semble être celui de Kocher (1896) qui concerne un homme tombé debout d'une hauteur de cent pieds, et chez qui l'autopsie révéla une rupture du disque L_1 L_2 avec intégrité des corps vertébraux. De ce cas, il faut rapprocher celui rapporté par Middleton et Teacher (1911) : homme qui, après avoir soulevé un poids très lourd, ressent une douleur atroce très rapidement suivie de paralysie flasque et de troubles sphinctériens ; l'autopsie révèle une hernie discale $D_{12}L_1$, sans lésions osseuses.

La même année, Cushing opère le premier cas de hernie discale que nous connaissions. Il s'agit d'un malade de Goldthwait présentant une paralysie flasque avec signes de compression de la queue de cheval consécutive à des manœuvres de réduction de luxation sacro-iliaque. Cushing ne trouve pas de lésions de la queue de cheval et conclut à un déplacement postérieur du disque intervertébral.

Il faut néanmoins attendre plusieurs années avant que la hernie méniscale postérieure soit considérée comme autre chose qu'une rareté. Depuis 1928, les cas se multiplient aux Etats-Unis surtout où, grâce aux travaux remarquables des neuro-chirurgiens, la hernie méniscale prend droit de cité dans la pathologie des compressions médullaires.

Aux Etats-Unis, après les publications d'Ott et Adson (1923), Stookey, en 1928, décrit 7 cas de compressions cervicales d'origine discale, Elsberg, en 1931, 15 cas de compressions de siège variable. A peu près simultanément Dandy, Bucy, Peet et Echols, Mixter, décrivent des observations nouvelles. Williams, examinant plus de 1.000 malades atteints de douleurs lombo-sacrées, décrit plus particulièrement les destructions de cause aiguë ou chronique du disque intervertébral.

Plus récemment encore, Barr (de Boston), et ses collaborateurs, publient une importante statistique de 58 cas opérés de 1927 à 1937 et, la même année, Grafton, Love et Camp une autre statistique portant sur 50 malades.

En Allemagne, en dehors des travaux anatomiques de

l'Ecole de Dresde (Schmorl et ses élèves, en particulier Andrae), citons les cas chirurgicaux relatés par Veraguth, Kotzeborn, Klinge, etc., et en Italie, les travaux de Rubino, de Chiasserini, etc.

Dans les pays de langue française, où l'on ne dispose pas d'un nombre de malades égal à celui des instituts américains, et où la spécialisation est poussée moins loin, la hernie discale n'a été décrite qu'un peu plus tardivement. En 1928, Alajouanine et Petit-Dutaillis publient le premier cas français opéré et guéri, sous le terme de tumeur bénigne du disque intervertébral et deux ans plus tard en font la première étude d'ensemble basée sur trois observations personnelles. Crouzon, Petit-Dutaillis et Christophe, Robineau, Calvé et Galland, Haguenau publient peu après des cas analogues, Mauric en fait une description très complète dans sa thèse sur le disque intervertébral. Enfin et surtout, P. Glorieux (de Bruges), publie en 1937 une importante monographie tirée de 25 cas personnels. Ce dernier ouvrage a suscité la publication de travaux nouveaux, parmi lesquels — outre l'intéressante monographie de Langeron et Luguez — nous citerons, parmi les communications les plus récentes, celle de Glorieux, Christophe (de Liége) et Françon, et celle de Lafargue, Bergouignan, Lafon et Caillou.

Enfin les travaux de De Sèze, en étendant le champ de la hernie discale postérieure, apporte une contribution hardie et nouvelle à la pathogénie des sciatiques dites essentielles.

Etiologie

1° Fréquence. — C'est une affection sans doute peu fréquente si on ne tient compte que des cas ayant une expression clinique. Il n'en est pas de même des cas muets cliniquement et révélés seulement par l'autopsie. C'est ainsi qu'Andrae a découvert des hernies nucléaires chez 15,2 % des cadavres examinés. Il est du reste à noter que contrairement aux données de la clinique, il a trouvé une intégrité constante du cinquième disque lombaire.

2° Age. — La hernie méniscale postérieure s'observe en général chez des sujets jeunes, surtout les cas d'origine traumatique, ou à l'âge moyen de la vie. La sénescence relativement précoce du disque, la transformation progressive du noyau gélatineux en tissu fibreux et la diminution rapide de sa force d'expansion qui en résulte, en rendent compte aisément.

3° Sexe. — La fréquence est nettement moins grande chez la femme, moins exposée que l'homme aux travaux de force. Barr indique une proportion de 22,6 % de cas chez la femme contre 77,4 % chez l'homme et les autres statistiques fournissent des proportions comparables.

4° Traumatisme. — Parmi les facteurs déterminants de la hernie méniscale, tous les auteurs s'accordent pour donner aux *traumatismes* une part primordiale. Sur 26 observations que relate Mauric, on note 8 fois un trauma plus ou moins violent ; sur 25 cas, Glorieux relève 9 traumatismes certains et 3 douteux. Les auteurs américains accordent au traumatisme une importance plus grande encore, puisque Barr, sur 40 cas de hernies discales lombaires, le retrouve 31 fois.

Tantôt le traumatisme précède immédiatement l'apparition des accidents, c'est le cas le plus fréquent, tantôt il existe un intervalle libre plus ou moins long entre le trauma et les signes cliniques de hernie méniscale, parfois des mois, des années (7 ans dans le cas de Crouzon, 6 ans dans un cas de Glorieux).

Le traumatisme a été d'intensité variable. Parfois il s'agit d'une chute grave de plusieurs mètres, comme dans le cas mortel de Middleton et Teacher ou dans celui déjà cité de Crouzon, mais plus souvent il s'agit d'un effort violent, en général l'action de soulever un poids très lourd. Le trauma peut cependant être assez léger (effort en jouant au golf, au tennis). Dans l'ensemble, *il n'y a pas de rapport entre l'intensité du trauma et l'apparition de la hernie*. Mais de toutes façons, il s'agit d'un trauma agissant sur une colonne à muscles sacro-lombaires contracturés ne permettant pas le moindre mouvement.

A côté du gros trauma unique, il faut faire jouer un rôle aux microtraumatismes répétés et aux troubles de la statique. Williams étudiant — dans un esprit différent — les destructions traumatiques chroniques du disque lombo-sacré, insiste sur leur fréquence chez les obèses, à paroi abdominale déficiente, à lordose lombaire exagérée et qui, du fait de cette statique défectueuse, sont prédisposés à luxer leurs disques.

Cette importance du traumatisme est évidemment plus grande au niveau des dernières vertèbres lombaires qui, déjà surchargées par le poids du corps, se trouvent, du fait de leur position, plus exposées que d'autres à des traumatismes directs ou transmis.

Anatomie pathologique

Macroscopiquement. — La hernie nucléaire se présente sous la forme d'une petite saillie, d'une grosseur variant de celle d'un grain de blé à celle d'un haricot, de coloration blanchâtre, de consistance dure, plus rarement rénitente, parfois au contraire d'une dureté ligneuse ou d'ivoire (Haguenau).

La hernie est en général un peu latérale, plus rarement médiane, encastrée dans le ligament longitudinal postérieur dont elle reste distincte ; parfois elle est bilatérale et fait saillie de chaque côté de ce ligament. La présence anatomique de hernies nucléaires au niveau de plusieurs ménisques n'est pas exceptionnelle (Andrae, Schachtschneider) et on a signalé la coexistence de hernie postérieure et de hernie intra-spongieuse (Beadle, Dickson).

Les sièges de prédilection sont la région lombaire et la région cervicale ; les hernies dorsales sont beaucoup plus rares. La statistique d'Elsberg indique 9 hernies cervicales contre 4 lombaires et 2 dorsales ; au contraire Glorieux relève 21 hernies lombaires contre 2 cervicales et 2 dorsales. Au niveau de la région lombaire, les lésions méniscales prédominent de très loin au niveau des disques L_4 L_5 et L_5 S_1. Barr, sur 58 hernies lombo-sacrées a trouvé 35 hernies du disque L_4 L_5, 17 du disque L_5 S_1 et 6 seulement des autres disques.

Dans un premier stade, la hernie repousse la moelle ou les racines ; dans un second stade, ces derniers déportés arrivent au contact de la lame, contre laquelle ils se trouvent comprimés de façon permanente. Il existe parfois un œdème des racines comprimées et étirées (Love). Le cartilage du ménisque lésé est brun et dégénéré.

Histologiquement. — On trouve dans la littérature, diverses dénominations pour désigner les hernies nucléaires : Tumeur bénigne du disque intervertébral (Alajouanine et Petit-Dutaillis), fibro-chondrome (Ott et Adson), myxochondrome (Veraguth), ecchondrome disséquant (Dandy), et plus souvent *chondrome*.

En réalité la structure du tissu hernié est celle du tissu du noyau gélatineux plus ou moins modifié. On y trouve parfois des cellules physalides de Wirchow qui sont des vestiges chordaux. Il est donc impropre, ainsi que le dit Alajouanine dans un article récent, de qualifier ces hernies de tumeurs ou de chondromes.

Mais ce tissu gélatineux, déjà variable d'un sujet à l'autre quant à sa structure, subit, une fois hernié, des modifications histologiques. Du tissu fibro-cartilagineux et parfois du tissu osseux peuvent s'y développer et cela d'autant plus aisément que des néo-vaisseaux venus du ligament longitudinal postérieur l'envahissent peu à peu.

Signes cliniques

La symptomatologie des hernies discales postérieures diffère suivant qu'il s'agit d'une hernie des disques lombaires ou d'une hernie des disques dorsaux ou cervicaux. Dans le premier cas, elle affecte en effet une symptomatologie purement radiculaire par compression de la queue de cheval, alors que dans le second, des signes médullaires s'associent presque toujours aux signes de compression radiculaire.

I. — *Hernies discales avec compression radiculaire*

Nous décrirons tout d'abord *la hernie discale postérieure lombaire*, siégeant au niveau du disque L_4 L_5 ou du disque L_5 S_1 qui est la plus fréquente.

Il est classique de lui décrire deux phases : une période de début ou phase algique, une période de compression extériorisée ou de troubles sensitivo-moteurs. Nous maintiendrons cette distinction encore qu'elle nous paraisse trop schématique.

A. — *Période de début.*

Dans la majorité des cas, il s'agit d'un homme à l'âge moyen de la vie. Très souvent, le début des symptômes est apparu à la suite d'un traumatisme et De Sèze insiste très justement sur l'importance de ce traumatisme trop souvent négligé du médecin. Il s'agit habituellement d'un traumatisme violent (chute de plusieurs mètres, effort violent pour soulever un poids considérable), mais ce peut être un trauma léger et on conçoit que son importance ait pu être méconnue du malade lui-même.

Ce traumatisme a été accompagné d'une douleur vive, parfois le malade a ressenti une sensation de craquement, ployé en deux, il n'a pu se relever qu'avec peine. Il a souffert plusieurs jours, plusieurs semaines après. Dans certains cas, c'est de ce traumatisme que date l'apparition des symptômes, mais d'autres fois, la douleur s'est rapidement atténuée et a disparu, faisant croire à la guérison. Mais quelques semaines, quelques mois plus tard, la douleur réapparait à l'occasion d'un traumatisme nouveau, d'un simple effort ou sans cause apparente et ainsi les crises douloureuses se répètent de plus en plus fréquentes, de plus en plus vives, de plus en plus prolongées. Calmées d'abord par certaines attitudes, par le repos, par le décubitus, la douleur tend à devenir continue.

C'est, soit une douleur lombaire, sans irradiations nettes et on parle de lumbago, de rhumatisme, avec tout ce que ces mots comportent d'imprécision, soit plutôt une lombo-sciatique presque toujours unilatérale, qu'on qualifie d'essentielle et dont la cause n'apparait pas.

Cette phase peut durer très longtemps : 3 et 4 ans dans les observations de Alajouanine et Petit-Dutaillis, 7 ans dans celui de Crouzon, mais elle peut être beaucoup plus courte et les troubles de compression apparaître plus précocement.

Le diagnostic est rarement posé à ce stade. En réalité, l'association traumatisme-lombo-sciatique à répétition doit faire suspecter la possibilité de hernie discale, faire rechercher dès ce stade les signes de compression même les plus discrets et pratiquer une myélographie, seule capable d'orienter le diagnostic. Il est vraisemblable qu'ainsi certaines lombo-sciatiques rebelles pourront être rapportées précocement à leur véritable cause.

B. — *Période de compression extériorisée.*

Alors que la première phase est habituellement longue, la période de compression extériorisée a une certaine rapidité d'installation. Toutefois, ce fait n'est pas constant et il n'y a souvent pas de démarcation bien tranchée entre les deux périodes.

La douleur, de plus en plus violente, devient continue et ne disparaît pas dans le décubitus : c'est une douleur de lombo-sciatique radiculaire, accrue par l'effort et la toux et qui demeure unilatérale (sauf dans les cas assez rares de hernie discale bilatérale).

A l'examen, les troubles statiques sont assez rarement signalés dans les observations françaises, à l'encontre de certaines statistiques américaines. C'est ainsi que Barr, sur 40 observations note 24 fois une scoliose (13 fois contro-latérale et 11 fois homo-latérale) et 27 fois une cyphose lombaire. Toutefois pour Williams, les troubles statiques seraient relativement tardifs.

Il s'agit de modifications statiques antalgiques. En effet, le rachis demeure en général souple, sa mobilité est conservée et on ne note qu'un certain degré de contracture des muscles sacro-lombaires, antalgique elle aussi.

La pression détermine souvent de la douleur au niveau du disque lésé ou à son voisinage. Ce signe est presque constant, selon Glorieux, mais sa valeur demeure médiocre en raison de l'imprécision de la localisation douloureuse. En même temps, on réveille souvent une douleur au niveau des ligaments sacro-iliaques postérieurs (Barr), et plus souvent encore une douleur le long du trajet du sciatique dont l'élongation est douloureuse (signe de Lasègue).

A cette douleur de lombo-sciatique unilatérale se surajoutent divers troubles sensitifs et moteurs qui témoignent de la compression radiculaire.

Les *troubles sensitifs* sont à peu près constants. Subjectivement, les malades accusent pour la plupart des sensations d'engourdissement, de refroidissement ; objectivement, il existe fréquemment des zones d'hypo, ou d'anesthésie à topographie radiculaire. On a signalé une dissociation entre la sensibilité superficielle et la sensibilité profonde (Dandy), entre la sensibilité thermique et tactile (Bucy), l'existence d'anesthésie douloureuse (Glorieux). Ces troubles sensitifs ont une limite supérieure assez imprécise.

Les *troubles moteurs* demeurent habituellement discrets. Ce sont plutôt des signes de déficit : diminution légère de la force segmentaire, atrophie du mollet et fausse atrophie du quadriceps. Les secousses fibrillaires sont de constatation courante au niveau des muscles postérieurs de la fesse et du mollet.

Le réflexe achilléen est diminué ou aboli ; les réflexes cutanés sont normaux.

Les troubles sphinctériens — en particulier incontinence légère d'urines — sont fréquemment signalés, mais leur apparition est tardive. Il en est de même des troubles génitaux (impuissance), beaucoup plus rares.

Mais il s'en faut que tous ces signes se trouvent réunis chez un même malade. La symptomatologie est souvent beaucoup plus fruste.

En pratique, il ne faut pas attendre les troubles sensitifs et moteurs ou sphinctériens qui sont inconstants et tardifs pour suspecter le diagnostic de hernie méniscale, et c'est plus l'évolution clinique, l'existence antérieure d'un traumatisme qui doivent faire pratiquer la myélographie indispensable au diagnostic.

La *ponction lombaire* elle-même n'est pas toujours démonstrative. Il existe souvent une légère dissociation albumino-cytologique, mais l'hyperalbuminose dépasse rarement 0 g. 60 o/oo. Neuf des malades de Glorieux avaient un liquide C. R. normal. Toutefois si l'on pratique comme le conseille Barr une P. L. très basse, au niveau de l'articulation lombo-sacrée et si l'on prend soin de prélever les premières gouttes du liquide, il est plus fréquent de trouver une augmentation notable des protéines totales.

Sauf les rares cas d'Elsberg et de Stookey, l'épreuve de Queskenstedt est normale. Love signale l'épreuve de Queckenstedt inversée qui consiste à injecter par voie épidu-

rale 10 cc. de chlorhydrate de procaïne à 1 % et à introduire simultanément une autre aiguille dans l'espace lombaire sous-arachnoïdien. En cas de blocage, il n'y a pas d'augmentation de pression du liquide C. R. et par ailleurs, l'injection épidurale augmente la douleur au lieu de la calmer. Il semble cependant que cette épreuve ne puisse donner des renseignements précis qu'en cas de blocage suffisamment important.

Fréquence d'un traumatisme initial, douleurs à topographie radiculaire, signes discrets de compression unilatérale, tels sont, en résumé, les seuls caractères cliniques propres à la hernie discale postérieure. Rapprochant cette symptomatologie de celle de la sciatique rhumatismale ou essentielle, certains auteurs ont été plus loin et ont pensé que la hernie discale, loin d'être une cause exceptionnelle de sciatique, apparaissait au contraire comme un facteur prédominant. Telle est l'opinion de Barr, telle est celle de Williams qui, chez 1.000 malades présentant des douleurs du bas du dos, trouve 285 fois une destruction discale de cause aiguë ou chronique. Glorieux parlant des sciatiques dites essentielles déclare : « Nous avons la conviction profonde que bon nombre d'entre elles ont comme cause une compression par hernie postérieure ».

Allant plus loin encore, De Sèze, tout en faisant la critique de la théorie rhumatismale de la sciatique essentielle prétend « que la hernie discale postéro-latérale, lombaire ou lombo-sacrée, est la cause habituelle de la sciatique banale primitive en apparence, dite essentielle, cryptogénétique ou rhumatismale, et qu'aucun autre processus ne peut être invoqué, comme étant la cause habituelle de cette sciatique ».

A l'appui de cette théorie, ingénieuse et, à première vue, séduisante, De Sèze invoque de multiples arguments :

1° Arguments anatomiques : rapports intimes des quatrième et cinquième racines lombaires avec le disque L_4 L_5 et L_5 S_1 ;

2° Arguments étiologiques basés sur l'importance du traumatisme dans les sciatiques et sur l'âge des sujets qui en sont atteints ;

3° Arguments cliniques tirés des caractères mêmes de la sciatique dite essentielle (caractères de la douleur spontanée et provoquée, attitudes antalgiques) ;

4° Arguments radiologiques (fréquence des anomalies discales sur les clichés de sciatalgiques et des défects lipodolés) ;

5° Arguments biologiques et thérapeutiques.

Ainsi la sciatique par hernie discale, loin d'être une exception, serait la règle et cette hernie rendrait compte non seulement des sciatiques graves compliquées de signes de compression radiculaire, mais aussi des sciatiques d'intensité moyenne et des sciatiques bénignes, passagères, lesquelles s'expliqueraient par des lésions discales plus bénignes (à type d'entorse discale transitoire ou de luxation simple ou récidivante du disque).

L'avenir dira ce qu'il faut penser de cette théorie qui bouleverse toutes les notions en cours sur la pathogénie des sciatiques.

II. — *Hernies discales avec compression médullaire*

Les hernies discales de siège cervical ou dorsal surajoutent aux signes radiculaires, souvent imprécis, des signes de compression antérieure de la moelle.

A. — *La période de début* est caractérisée par les troubles les plus variables, soit à type de paresthésies brusques et transitoires, soit de crises douloureuses au niveau du cou, des épaules, des sensations de décharges électriques déclanchées brutalement au niveau de la nuque ou des membres, à la suite de mouvements. Les douleurs radiculaires sont plus rares et plus tardives.

Cette période a une durée très variable : parfois plusieurs années, d'autres fois très brève, les troubles de compression paraissant être les premiers en date.

B. — *A la phase de compression* on assiste au développement d'un syndrome de compression antérieure avec troubles sensitifs croisés réalisant un aspect de Brown-Sequard.

Les malades se plaignent habituellement de paresthésies (sensation de froid ou de chaud, ou alternativement l'une et l'autre), de siège unilatéral et du côté opposé à la compression ; parfois de phénomènes parétiques, plus rarement d'algies radiculaires, lesquelles, à l'opposé des hernies discales lombo-sacrées, passent ici au second plan.

A l'examen, il existe d'une part, un certain nombre de signes lésionnels, importants quant au diagnostic de la localisation (amyotrophie localisée, secousses fibrillaires, tremblement et parfois légère parésie dans le territoire des muscles atteints), d'autre part, un syndrome pyramidal sous-lésionnel.

Les troubles sensitifs affectent souvent les caractères de la dissociation syringomyélique, conservation de la sensibilité tactile avec modification des sensibilités thermique et douloureuse. Parfois cependant la sensibilité tactile et même la sensibilité profonde sont touchées. La limite supérieure de ces troubles est assez floue et reste au-dessous du niveau de la compression.

Les troubles sphinctériens sont rares, discrets et tardifs.

L'examen vertébral est négatif en dehors d'une douleur inconstante à la pression des apophyses épineuses au voisinage de la lésion.

Le liquide C. R. présente les caractères de dissociation albumino-cytologique légère déjà étudiés aux hernies lombaires. L'épreuve de Queckenstedt-Stookey donne des résultats variables (blocage complet dans 35,7 % des cas, partiel dans 28,5 %, absents dans 35,7 %, selon Elsberg).

L'épreuve lipiodolée garde toute sa valeur, encore qu'ici, son interprétation s'avère plus délicate.

(*A suivre.*)

LIVRES NOUVEAUX

Précis d'oto-rhino-laryngologie, par Georges Laurens, Maurice Aubry et André Lemariey, laryngologistes des hôpitaux de Paris. — Deuxième édition revue et corrigée. Un volume de 1.242 pages avec 460 figures (*Collection de Précis Médicaux*). Se vend broché ou cartonné toile. Broché, 145 fr. ; cartonné, 170 fr. Masson et Cie, éditeurs, libraires de l'Académie de Médecine, 120, boulevard Saint-Germain, Paris-6e.

Le *Précis d'oto-rhino-laryngologie* a été écrit pour les praticiens, les étudiants et les jeunes laryngologistes. Le but de cette deuxième édition est le même.

L'ouvrage contient toutes les connaissances qu'embrasse la spécialité et pour chacune d'elles l'étude de chaque affection : on y trouvera exposés la pathogénie, l'étiologie, le pronostic, le diagnostic et le traitement.

Des théories pathogéniques, seules celles qui sont classiques et quelques-unes d'actualité ont été retenues.

La technique de l'examen de chaque appareil a été amplement développée, spécialement pour l'oreille interne.

L'étude de chaque maladie a été faite d'une façon clinique, c'est une sorte de « pathologie vécue ».

La thérapeutique est celle qui a paru aux auteurs réunir la plupart des suffrages, à l'heure actuelle. Dans ses grandes lignes elle présente un caractère de stabilité marquée, sauf en ce qui concerne la chimiothérapie, le cancer et la vaccinothérapie.

Cette seconde édition renferme toutes les acquisitions récentes dont s'est enrichi le domaine de l'oto-rhino-laryngologie. Elle comprend de nouveaux chapitres : l'audiométrie qui est l'objet d'une étude approfondie, l'ostéite profonde du rocher, le cancer de l'hypopharynx, les manifestations pharyngées des affections hématologiques de la série blanche, la mise au point des dyspnées laryngées et trachéales de l'enfance, la radiographie du cancer du larynx.

Nombre de chapitres ont été remaniés : la surdité, les syndromes labyrinthiques, les complications intra-craniennes des otites, le traitement des divers cancers de la spécialité.

D'autres ont été complètement révisés : la polypose nasale qui est considérée actuellement comme la manifestation des ethmoïdo-antrites œdémateuses, les suppurations péri-pharyngées. Beaucoup ont subi des modifications de structure. La chirurgie amygdalienne, enfin, a été réjeunie.

ORDRE DES MÉDECINS

LOI INSTITUANT L'ORDRE DES MEDECINS

Nous, Maréchal de France, chef de l'Etat français,
Le Conseil des ministres entendu,
Décrétons :

Article premier. — Nul ne peut exercer la médecine s'il n'est habilité à cet effet par un conseil professionnel dit Conseil de l'ordre des médecins.

TITRE PREMIER

Section I. — *Du conseil supérieur*

Art. 2. — Il est créé auprès du ministre secrétaire d'Etat à l'intérieur un conseil supérieur de l'ordre des médecins.

Art. 3. — Ce conseil est composé de douze docteurs en médecine, nommés par décret, parmi lesquels sera choisi le président de qui, en cas d'égalité de suffrages, la voix sera toujours prépondérante.

Un membre du conseil d'Etat exerce auprès d'eux les fonctions de conseiller juridique.

Le conseil est renouvelable par tiers tous les deux ans.

Art. 4. — Le conseil supérieur de l'ordre des médecins se réunit au moins une fois par trimestre.

Il maintient la discipline intérieure et générale de l'ordre.

Il assure le respect des lois et règlements qui le régissent.

Il a la garde de son honneur, de sa morale et de ses intérêts.

Il fait tous règlements d'ordre intérieur nécessaires pour atteindre ces buts.

Il délibère sur les affaires soumises à son examen.

Il est l'interprète des médecins auprès des pouvoirs publics.

Section II. — *Des conseils départementaux*

Art. 5. — Il est établi, au chef-lieu de chaque département, un conseil de l'ordre des médecins.

Art. 6. — Les membres de ce conseil, au nombre de cinq à quinze, sont nommés par le ministre secrétaire d'Etat à l'intérieur, sur la proposition du conseil supérieur de l'ordre des médecins.

Ils sont renouvelables par tiers tous les deux ans.

Ils sont choisis parmi les docteurs en médecine qui exercent leur art sur le territoire du département.

Le bâtonnier de l'ordre des avocats exercera, auprès d'eux, les fonctions de conseiller juridique.

Il pourra, par un acte exprès, déléguer ses fonctions à l'un de ses confrères.

Art. 7. — Sur toute l'étendue de son ressort, le conseil de l'ordre des médecins surveille l'exercice de la médecine.

Il examine les problèmes qui s'y rapportent et peut en saisir le conseil supérieur de l'ordre.

TITRE II

DU TABLEAU ET DE LA DISCIPLINE

Art. 8. — Dans chaque département, le conseil de l'ordre des médecins dresse un tableau public des personnes qui, remplissant les conditions imposées par les lois et règlements concernant l'exercice de la médecine, sont admises par lui à pratiquer leur art.

Art. 9. — L'inscription au tableau est prononcée par le conseil après vérification des titres du demandeur.

Elle peut être refusée par décision motivée, si les conditions requises de moralité n'apparaissent point réunies.

Appel de cette décision pourra être porté devant le conseil supérieur de l'ordre des médecins. Le recours pour excès de pouvoir sera ouvert devant le conseil d'Etat, contre la décision du Conseil supérieur.

Art. 10. — Au moment de leur inscription au tableau, les médecins prêtent serment, devant le conseil de l'ordre, d'exercer leur art avec conscience et probité.

Art. 11. — L'inscription doit être demandée par les médecins au conseil de l'ordre du département dans lequel ils sont établis.

En cas de changement de domicile, l'inscription sera transférée au tableau du nouvel établissement, à la diligence de l'intéressé.

L'inscription au tableau d'un département ne fait pas obstacle à l'exercice de la médecine sur l'ensemble du territoire.

Art. 12. — Le conseil départemental appellera à sa barre les médecins qui auraient manqué aux devoirs de leur charge.

L'action sera intentée soit à la requête de l'un des membres du conseil siégeant en comité secret, soit sur injonction du ministre secrétaire d'Etat à l'intérieur, le conseil supérieur de l'ordre des médecins entendu.

Art. 13. — Le conseil pourra prononcer l'une des peines suivantes :

1° Un blâme en chambre du conseil ;

2° Un avertissement public, avec inscription au dossier personnel ;

3° Une suspension d'une durée maximum d'un an ;

4° L'interdiction à toujours d'exercer la médecine comportant radiation du tableau.

Art. 14. — Appel de ces décisions pourra être porté devant le conseil supérieur de l'ordre des médecins, qui statuera, sauf recours pour excès de pouvoir devant le conseil d'Etat.

Art. 15. — L'action disciplinaire des conseils de l'ordre ne fait pas obstacle aux poursuites que le ministère public ou les particuliers voudraient intenter devant les tribunaux de l'ordre judiciaire pour la répression des infractions pénales ou la réparation des délits civils.

Art. 16. — Le conseil départemental assure dans son ressort la défense des intérêts matériels de l'ordre et en gère les biens. Il fixe, d'accord avec le conseil supérieur, le montant des cotisations qui devront être versées par les membres de l'ordre.

TITRE III

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Art. 17. — Les médecins n'auront pas le droit de se grouper en associations syndicales, régies par le livre III du code du travail.

Les syndicats des médecins existants à ce jour sont déclarés dissous. Leur patrimoine sera dévolu aux organismes de coopération, de mutualité, d'assistance ou de retraite qui seront créés dans chaque département par les conseils de l'ordre, après avis du conseil supérieur, au bénéfice des médecins et de leur famille.

Ces biens seront placés sous séquestre à la requête du ministère public, par ordonnance du président du tribunal civil du ressort. Ils seront liquidés sans frais dans un délai de deux mois et transférés au conseil départemental de l'ordre.

Art. 18. — A l'expiration de l'année qui suivra la promulgation de la présente loi, le conseil supérieur de l'ordre des médecins et les conseils départementaux seront dissous de plein droit et remplacés par des conseils élus. Les modalités de l'élection seront fixées par des règlements d'administration publique. Ces mêmes règlements détermineront l'étendue des circonscriptions assignées aux conseils élus.

Art. 19. — Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* pour être observé comme loi de l'Etat.

Fait à Vichy, le 7 octobre 1940.

Ph. Pétain.

Par le Maréchal de France, chef de l'Etat français :

Le ministre secrétaire d'Etat à l'intérieur,
Marcel Peyrouton.

Le garde des sceaux,
ministre secrétaire d'Etat à la justice,
Raphaël Alibert.

(*Journal Officiel* du 26 octobre 1940).

La cura bulgaro-italiana dell' encefalite cronica, par le Dr Beppino Disertori, avec une préface du professeur Carlo Besta. — Un volume de 86 pages. Prix : 16 lires. Chez Luigi Pozzi, éditeur, 14, via Sistina, Rome, 1938.

Affections non ulcéreuses du duodénum, par I. Pavel et A. Paunesco-Podeano, avec une préface de Jean-Charles Roux. — Un volume de 204 pages et 57 figures. Chez Masson et Cie, 120, boulevard Saint-Germain, à Paris (6e), 1938. Prix : 50 francs.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 29 OCTOBRE 1940

A propos des accidents d'intoxication déterminés par les appareils de chauffage. — M. Léon Binet attire l'attention de l'Académie sur le nombre et la gravité des intoxications oxycarbonées observées depuis l'apparition du froid. La défectuosité et l'improvisation des appareils de chauffage, les fuites de gaz d'éclairage par suite de fissures dans les conduits, sont responsables des accidents enregistrés.

L'auteur décrit une installation hospitalière réalisée avec ses collaborateurs et munie de divers dispositifs de respiration artificielle ou de poumons d'acier. Il souligne la nécessité d'une oxygénothérapie prolongée et enfin il expose des faits expérimentaux montrant la valeur thérapeutique de l'éphédrine dans ces cas.

Dystocie par maladie de Nicolas-Favre. — M. Henri Vignes. — L'infiltration périgénitale et périrectale de la maladie de Nicolas-Favre peut devenir une cause de dystocie au niveau de la vulve, mais, aussi, à la partie haute de l'excavation.

L'auteur, après en avoir rappelé quelques cas, rapporte une nouvelle observation. Il signale, incidemment (et sans incriminer, en aucune façon, la lymphogranulomatose), les bons résultats qu'il a obtenus par les sels d'antimoine dans certaines ménorragies et certains cas de stérilité.

Election de deux membres titulaires dans la IVe section (Sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles) : M. Polonowski a été élu par 52 voix, M. Charles Richet par 45 voix.

SÉANCE DU 5 NOVEMBRE 1940

Quelques précisions sur le traitement immédiat des morsures de vipères. — Mme Phisalix rappelle d'abord que l'emploi du sérum antivenimeux a beaucoup simplifié le traitement des morsures en combattant efficacement tous les symptômes généraux, les seuls graves de l'envenimation.

Les inconvénients locaux sont évités par une *asepsie précoce* de la région mordue au moyen de l'eau javellisée à 2 pour 100, suivie d'un pansement simple antiseptique, quelque développement que puisse prendre, d'ailleurs, l'œdème hémorragique dû au venin, et qui en impose pour un phlegmon.

Sur la classification chimico-biologique et sur le mode de formation des toxines bactériennes. — M. André Boivin. — Les exotoxines (toxine diphtérique, toxine tétanique, etc.), sont des protéines, tandis que les endotoxines (toxine typhique, toxine cholérique, etc.), sont des complexes glucido-lipidiques qui s'identifient aux antigènes somatiques O complets des bactéries. Les toxines glucido-lipidiques sont des constituants permanents des cellules bactériennes. Au contraire, les exotoxines protéiques ne sont produites par les corps bactériens que dans certaines conditions. Selon les espèces bactériennes, les exotoxines passent dans le milieu ambiant aussitôt que formées (b. diphtérique), ou bien elles s'accumulent en quantité variable dans les corps microbiens, avant de diffuser dans ce milieu (b. de Shiga).

Action des nitrites sur le cardiospasme du méga-œsophage. — MM. Ledoux-Lebard et Nemours-Auguste ont étudié l'action des nitrites sur les spasmes de l'œsophage et du cardia et ont pu constater qu'une inhalation de nitrite d'amyle suspendait momentanément le spasme et permettait d'étudier radiologiquement l'aspect du passage, permettant souvent ainsi un diagnostic différentiel immédiat autrement impossible.

Hyperglycémie au cours de la perfusion asphyxique du foie. — M. Henri Bénard montre que l'asphyxie sous tous ses modes provoque, au cours de la perfusion du foie, une élévation du taux du sucre dans le sang circulant.

Cette hyperglycémie, qui marche de pair avec une diminution du glycogène hépatique, est beaucoup plus le fait de l'anoxybiose que de la surcharge du sang en acide carbonique ; cette surcharge est du reste inexistante dans l'asphyxie par les gaz inertes, par l'oxyde de carbone ou par les cyanures.

L'anoxybiose locale du foie joue un rôle non négligeable dans l'hyperglycémie asphyxique de l'animal entier, sans qu'on soit en droit de négliger les autres facteurs déclenchés par l'asphyxie.

Election d'un membre titulaire dans la 1re section (médecine et spécialités médicales) : M. Harvier a été élu par 55 voix.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 23 OCTOBRE 1940

La valeur de l'infiltration stellaire dans les fractures du scaphoïde carpien. — M. H. Sarroste. — M. Mouchet résume dans son rapport les observations au nombre de cinq ; trois concernent des fractures récentes, les deux autres des fractures anciennes. En cas de fracture récente, l'avantage de la méthode est de permettre une mobilisation précoce.

Sur l'emploi d'un sulfamide (soludagénan) comme antiseptique local dans les traumatismes ouverts. — Rapport de M. Sorrel sur trois observations de M. Martin. — Dans un cas, le soludagénan a été employé seul ; dans les deux autres, son application avait été précédée de l'épluchage chirurgical de la plaie. Guérison dans les trois cas.

M. Sauvé a largement utilisé le dagénan en poudre dans les plaies de guerre avec d'excellents résultats. Sur 700 blessés traités à l'hôpital Bégin, pas un cas de gangrène gazeuse n'a été observé.

M. Lenormant estime qu'il faut, dès à présent, juger l'expérience faite et propose de mettre la question à l'ordre du jour de l'Académie.

Abcès du foie à début péritonéal. — Observation de M. H. Redon, rapportée par M. Basset. — La lésion a été opérée à la phase pré-perforative ; M. Basset rappelle les quelques observations analogues déjà publiées et souligne les difficultés d'un diagnostic pré-opératoire exact.

M. Desmaret a opéré un abcès du foie *rompu* ; le malade a guéri malgré la généralisation de sa péritonite.

Quatre cas de méningites traumatiques traités par les sulfamides. — M. Robert Monod. — Le premier cas concerne un blessé atteint d'une plaie de l'orbite ; méningite à streptocoques qui ne cède qu'à une dose « massive » de dagénan (12 grammes pendant 48 heures). La deuxième et la troisième observations sont des fractures de l'étage antérieur ayant déterminé l'apparition d'une méningite à streptocoque (cas II, guérison) à pneumocoque (cas III, mort). Le quatrième cas a trait à un foyer de méningo-encéphalique secondaire à une fracture du crâne.

M. Petit-Dutaillis souligne la fréquence avec laquelle les fractures de l'étage antérieur exposent à des complications infectieuses. La sulfamidothérapie préventive n'est pas suffisante. Il faut intervenir surtout lorsqu'on soupçonne la possibilité d'une lésion du sinus frontal ; il faut explorer celui-ci directement au moyen d'un petit volet frontal ; trois plaies du sinus, traitées par excision de la muqueuse du sinus et fermeture de la dure-mère, ont guéri sans incident. Dans les fissures de l'étage antérieur accompagnée d'un écoulement prolongé et abondant de liquide céphalo-rachidien, il faut intervenir également ; pour obturer la brêche dure-mérienne on interposera un petit lambeau de fascia lata.

SÉANCE DU 30 OCTOBRE 1940

Paralysie du nerf médian après fracture sus-condylienne de l'humérus. — M. Dieulafé. — Rapport de M. Sorrel qui discute l'origine primitive ou secondaire de la paralysie. La libération du nerf amena rapidement la guérison.

Trois cas d'ectopie rénale croisée. — MM. Gouverneur et A. Dufour. — Dans les deux premières observations l'aspect était typique et l'ablation du rein ectopique amenat la guérison des troubles. Dans le troisième cas, le rein ectopique présentait une coalescence des deux pôles.

Les auteurs insistent sur les difficultés du diagnostic clinique et de l'intérêt des examens uretéraux systématiques. Le rein ectopique est plus petit, vascularisé par une série de petits pédicules. L'indication opératoire est formelle, même en l'absence d'accidents importants. MM. Gouverneur et Dufour rejettent les interventions conservatrices et conseillent la néphrectomie ; une sonde uretérale placée au préalable dans l'uretère sain permettra d'éviter sa blessure.

Syndrome causalgique du membre supérieur gauche consécutif à une plaie de guerre de l'artère humérale gauche. Artériectomie. Guérison. — MM. Rémion, Soulignac et Dumay.

Rupture possible de certaines balles de mitraillettes sur les plans osseux résistants. — M. Fèvre attire l'attention sur le fait que les balles faites de parties métalliques de densité différente peuvent donner, lorsqu'elles rencontrent un os, des éclats multiples. Ces éclats occupent une véritable chambre d'attrition au contact du plan osseux. La pointe de la balle et la masse de plomb cheminent plus loin.

Fonctionnement d'une ambulance chirurgicale lourde, du 10 mai au 10 juillet 1940. — M. Richard.

L'Académie de Chirurgie a l'intention d'étudier les *résultats de la chirurgie de guerre* dans des débats ordonnés, consacrés successivement à chacun des chapitres de cette chirurgie. Dans ce but, le secrétaire général, 12, rue de Seine, Paris, serait reconnaissant à tous les auteurs qui auraient l'intention de prendre part à ces discussions, qu'ils soient ou non membres de l'Académie, de lui envoyer dès maintenant leurs travaux, afin qu'il puisse les grouper.

Le premier des débats envisagés sera consacré à la question de l'*action des sulfamides dans la chirurgie des traumatismes*. Il commencera le mercredi 13 novembre et sera inauguré par une communication de M. Legroux.


UNE CURE
IODÉE
XX GOUTTES AVANT
CHAQUE REPAS
IODONUCLÉOL
SANS DANGER
D'IODISME
Cr. Office d'Éditions d'Art
J. EURY, Docteur en Pharmacie
LABORATOIRE MAUCHANT
GENNEVILLIERS (Seine)

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES HÉMO-HYDARTHROSES TRAUMATIQUES DU GENOU [1]

(*Suite et fin*)

II. **Lésions méniscales :**

Il s'agit d'un sujet qui vient consulter pour un accident bien spécial : *le blocage de l'articulation du genou.*

A vrai dire, il est rare qu'un *premier accident de blocage* s'accompagne d'une hydro-hémarthrose; mais le blocage étant un *accident à répétition,* il s'accompagne à la longue d'un épanchement à chaque récidive.

A. Le diagnostic de cet accident est *aisé* si *par l'interrogatoire* on apprend une histoire particulièrement nette de blocage :

— se produisant par passage brusque de la flexion à l'extension,
— s'accompagnant d'une douleur aiguë à la partie interne de l'article,
— fixant le genou en extension incomplète avec sensation d'obstacle invincible.
— cédant spontanément au repos ou à la suite de quelques mouvements de flexion-extension alternés.

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux,* nos 63-64 et 67-68.

Même si l'*examen local* reste négatif, il faut penser à une *lésion méniscale* et plus particulièrement à la rupture longitudinale du ménisque avec luxation en anse de seau.

B. Mais le diagnostic peut être plus *délicat,* car l'*interrogatoire* n'apprend :

— qu'une histoire de *blocage fruste,* imprécise,
— qu'une histoire de *douleurs* à début et fin brusque,
— qu'une histoire d'*hydarthrose à répétition.*

L'examen local.

1° Prend une grande valeur lorsqu'il révèle : ou bien une *douleur localisée* à la corne antérieure du ménisque en dedans du tendon rotulien, sur l'interligne ; ou bien une *petite tuméfaction* au même niveau correspondant soit au ménisque lui-même, soit à un kyste méniscal.

2° Ailleurs, l'examen n'offre aucun secours lorsqu'on ne trouve qu'un gros genou hydro-hémarthrosique sans autre signe; ou même que des signes d'arthrite sèche.

Souligner dans tous ces cas la valeur négative des radiographies. Savoir que toute lésion méniscale diagnostiquée doit faire proposer la *ménisectomie,* car l'évolution des accidents se fait tôt ou tard vers la récidive de plus en plus fréquente et l'aggravation, car *on n'observe jamais la guérison anatomique* d'un ménisque lésé.

III. Rapprocher d'autres lésions capables de donner des blocages plus ou moins nets et des épanchements hémarthrosiques.

A. Les corps étrangers articulaires.

1° Parfois, ils sont perceptibles cliniquement si libres et suffisamment *volumineux*, donnant le phénomène de la souris articulaire.

2° Sinon le diagnostic est fait par la radiographie s'ils sont *petits* et rattachés à l'échancrure.

B. La maladie de Hoffa ou hypertrophie de la graisse sous-rotulienne.

C. L'ostéo-chondromatose de la synoviale.

Toutes deux capables de s'accompagner d'hydro-hémarthrose. Tels sont les cas où l'hydro-hémarthrose offre un intérêt diagnostic de premier plan aidant à trouver la lésion causale. Dans un :

TROISIEME GROUPE DE FAITS

L'hydro-hémarthrose peut être *isolée*, sans cause apparente :

1° *L'examen*, en dehors de signes d'hémarthrose, est resté négatif :

— pas de points douloureux osseux ou ligamentaire,
— pas de lésion de l'appareil d'extension,
— pas de laxité ligamentaire,
— pas d'histoire de blocage.

2° On est en droit de conclure, en dehors d'une lésion des petits vaisseaux de la synoviale à l'*absence d'autre lésion.*

C'est ce que vérifie la négativité de la radiologie même sur film courbe systématiquement pratiquée avant de conclure à une *contusion simple du genou.*

3° Cependant il est de bonne clinique de penser à une *hémarthrose hémophylique*, car si un traumatisme très minime incite à ce diagnostic, un traumatisme indiscutable peut la faire méconnaître.

D'où la règle du *temps de coagulation* avant de pratiquer une ponction ou une intervention pour éviter des complications hémorragiques ennuyeuses.

Un cas particulier est fourni par une *petite plaie de l'articulation* avec écoulement de sang par l'orifice cutané.

Il faut redouter la très *grave arthrite suppurée*, d'où la nécessité d'*intervenir d'urgence* pour pratiquer le nettoyage, l'ablation d'un corps étranger et refermer si on est intervenu dans de bonnes conditions.

CONCLUSION

1° Quelle qu'en soit la lésion banale, *l'hémarthrose présente un pronostic propre* conditionné par :

a) *L'atteinte articulaire* : le liquide épanché *distend l'article* par son volume, facteur de laxité ligamentaire.

En outre, si on ne l'évacue pas, les dépôts fibrineux engendrent la *raideur*, puis l'*ankylose* (d'autant plus marquées que le sujet est plus âgé, rhumatisant).

b) *L'atteinte péri-articulaire* s'ajoute constamment à la précédente, essentiellement l'*amyotrophie du quadriceps* principal facteur de la statique du genou.

2° Il en résulte pour *toute hémarthrose une thérapeutique proprc.*

C'est d'abord l'*évacuation de l'épanchement*, mais au troisième ou quatrième jour seulement pour éviter sa reprise.

C'est ensuite la *mobilisation* passive, puis active dès le huitième ou dixième jour.

C'est toujours le *massage immédiat du quadriceps.*

R. Joussemet,
J. Joussemet-Lefèvre.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.
Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 73-74. — 13-16 NOVEMBRE 1940. 113e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

Avis

On trouvera dans ce numéro la répartition du personnel médical des hôpitaux de Paris pour 1940-41. En raison des circonstances, il ne nous sera pas possible de faire suivre la répartition de l'index alphabétique habituel. Nous nous en excusons auprès de nos lecteurs.

Les noms laissés en blanc correspondent à des postes non encore officiellement pourvus au moment où nous mettons sous presse.

INFORMATIONS

Cérémonies du Souvenir pour les Morts de la Famille Médicale. — Toutes les familles du Corps Médical de la Région parisienne (et sans exclure aucun de leurs enfants), sont cordialement invités à assister aux services religieux qui auront lieu le *dimanche 17 novembre, à 9 heures, à l'Eglise Saint-Germain-des-Prés* (allocution de M. l'Abbé Lancrenon, curé de Saint-Germain-des-Prés, docteur en médecine), et le *dimanche 1er décembre, à 10 h. 30, au Temple de la Rédemption.*

Faculté de Médecine de Paris. — Une session d'examen, en vue du certificat de radiologie, aura lieu le lundi 25 novembre 1940. S'inscrire au Secrétariat (guichet 4), les lundis, mercredis et vendredis de 14 heures à 16 heures.

M. le Professeur Hugueney fera sa dernière conférence le jeudi 28 novembre 1940, à 18 heures, à l'Amphithéâtre Vulpian, sur le sujet suivant : « L'Ordre des Médecins ».

— Les cours et travaux pratiques sont suspendus jusqu'à nouvel ordre.

Faculté de Médecine de Lyon. — M. Broussy, agrégé, est chargé des fonctions d'agrégé d'histologie chargé d'enseignement (Mlle Pellot, démissionnaire).

Faculté de Médecine de Toulouse. — MM. Fabre et Virenque sont provisoirement chargés des fonctions d'agrégé sans enseignement.

Secrétariat général à la santé et à la famille. — Une loi en date du 1er novembre 1940 (*J. O.*, 2 novembre), rattache le secrétariat général à la santé et à la famille au secrétariat d'Etat à l'Intérieur.

Académie de Médecine. — Dans sa séance du 12 novembre 1940, l'Académie a procédé à l'élection du secrétaire général pour une période de cinq ans. M. le professeur Achard a été réélu à l'unanimité.

Académie de Chirurgie. — MM. d'Arsonval, Binet, Fabre, Leclainche, Ramon, Regaud et Roussy ont été proclamés membres libres de l'Académie de Chirurgie.

Guerre. — Un arrêté du général d'armée, ministre secrétaire d'Etat à la guerre, fixe le rang d'ancienneté d'un certain nombre de médecins sous-lieutenants de réserve. (*J. O.*, 3 novembre.)

Administration pénitentiaire. — M. le Dr Guy est nommé médecin de la maison d'éducation surveillée d'Eysses.

M. le Dr Hermabessière est nommé médecin de la maison d'arrêt de Saint-Flour, en remplacement de M. le Dr Hours, décédé. (*J. O.*, 31 octobre 1940.)

Conseils municipaux. — Le Dr Ray (Paul), est nommé président de la délégation spéciale remplaçant le Conseil municipal de Roquebrune-Cap-Martin.

Contre l'alcoolisme. — Une loi, en date du 4 novembre (*J. O.* du 6 novembre 1940), décide que : « Les préfets pourront prendre des arrêtés pour déterminer, sans préjudice des droits acquits, les distances auxquelles les cafés et débits de boissons ne pourront être établis autour des édifices consacrés à un culte quel-

conque, des cimetières, des hospices, de tous établissements d'instruction publique, des sanatoria et préventoria, et des organismes publics créés en vue du développement physique de la jeunesse et de la protection de la santé publique ».

Natalité française. — Loi dispensant de la formalité du timbre et de l'enregistrement, certains actes faits pour l'application du décret du 29 juillet 1939, relatif à la famille et à la natalité françaises. (*J. O.*, 1er novembre 1940.)

(Cette loi vise notamment les pièces de toute nature nécessaires pour l'obtention des primes à la première naissance et des allocations familiales).

Le ramassage des pancréas des bovins et porcins. — Une loi, en date du 8 octobre 1940 (*J. O.*, 2 novembre), réglemente le ramassage et la préparation, en vue de la fabrication de l'insuline, des pancréas des bovins et des porcins abattus.

Faculté de Droit. — Le professeur Laignel-Lavastine a commencé son cours de : *Psychiatrie médico-légale élémentaire* à la Faculté de Droit le vendredi 15 novembre 1940, à 11 heures, Amphithéâtre n° 3, et le continuera tous les vendredis suivants à la même heure.

Programme du cours. — Vendredi 15 novembre 1940 : Expertise psychiatrique. — Vendredi 22 novembre : Capacité pénale. — Vendredi 29 novembre : Réactions antisociales des alcooliques. — Vendredi 6 décembre : Réactions antisociales des toxicomanes. — Vendredi 13 décembre : Réactions antisociales des délirants. — Vendredi 20 décembre : Réactions antisociales des déments. — Vendredi 3 janvier 1941 : Réactions antisociales des périodiques, des épileptiques et des hystériques. — Vendredi 10 janvier : Réactions antisociales des paranoïaques. — Vendredi 17 janvier : Réactions antisociales des déséquilibrés, des pervers instinctifs et des obsédés. — Vendredi 24 janvier : L'homicide pathologique. — Vendredi 31 janvier : Limites du vol morbide. — Vendredi 7 février : Attentats aux mœurs. — Vendredi 14 février : Criminalité juvénile, militaire et coloniale.

Nécrologie

Le médecin lieutenant Georges Caïn, tombé au champ d'honneur le 15 juin 1940, à Tonnerre (Yonne).

— Le Dr Legendre, ancien médecin des troupes coloniales.

— Le Dr Legros, ancien député; il fut le rapporteur de l'avant-dernière loi sur l'exercice de la médecine.

— Le professeur Wagner-Jauregg, professeur de psychiatrie et neuropathologie à la Faculté de Médecine de Vienne.

Renseignements

Visiteur médical depuis 1923, français d'origine, références les plus sérieuses, représenterait pour Paris, spécialité d'*intérêt réel*. — Ecrire au journal, numéro 403.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Corporations. — Syndicats

Une Société, pour ménager tant son équilibre que la bonne harmonie entre ses membres, a tout avantage à grouper dans le même organisme tous les individus ayant une communauté d'intérêts ; les diviser aboutit fatalement à dresser les uns contre les autres, et cela pour le plus grand dommage de ces intérêts communs, comme aussi de la Société : dans le premier cas, c'est la Corporation, dans le second, le Syndicat.

Depuis des siècles, les corporations réalisaient cette heureuse formule ; aussi ne conçoit-on pas qu'elles aient pu être supprimées. Ce fut le fait d'un obscur représentant à l'Assemblée Constituante qui se laissa évidemment guider par la seule passion révolutionnaire visant à la destruction systématique de toutes les organisations du passé.

Cependant, on ne put demeurer dans le désordre qui s'ensuivit et bientôt, sous Louis-Philippe, il fallut revenir sur une décision aussi néfaste ; malheureusement, soit manque de courage civique, soit survivance de certaines idées subversives, on ne se résolut point à réparer totalement l'erreur commise et on se contenta d'une demi-mesure.

A l'ancienne Corporation qui était une organisation de collaboration et, par le fait, de conciliation, on substitua l'Association professionnelle d'abord, plus tard le Syndicat, qui, lui, ne groupant que partie des intéressés, aboutissait forcément à créer des oppositions et à engendrer des luttes, sources de haines, de troubles, bientôt d'émeutes et même de révolutions.

A. Herpin.


UNE CURE
IODÉE
XX GOUTTES AVANT
CHAQUE REPAS
IODONUCLEOL
SANS DANGER
D'IODISME
Cr. Office d'Éditions d'Art
J. EURY, Docteur en Pharmacie
LABORATOIRE MAUCHANT
GENNEVILLIERS (Seine)

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

DÉNOMINATION	COMPOSITION et POSOLOGIE	INDICATIONS
BROMÉSÉRINE Laboratoires STELVIA (G. Blaque) 59, rue Boissière, Paris (16e)	*Première association* stable *et pratique des bromures de Ca et de* Na *et du salicylate d'ésérine* (2 dragées à *croquer* à chaque repas)	Tous les syndromes fonctionnels (troubles neuro-digestifs » neuro-cardiaques » neuro-glandulaires)
COLITIQUE Laboratoires du Dr P. ASTIER 42 et 41 à 47, rue du Docteur-Blanche Paris (16e)	*Vaccin curatif anticolibacillaire* Adopté par les Hôpitaux et le Ministère des Colonies *Voie buccale* : Une ampoule le matin à jeun, vingt minutes avant le petit déjeuner, dans un peu d'eau minérale ou de tisane non sucrée	Toutes affections à colibacilles Gastro-entérite, Pyélonéphrite, Cystite, Maladies infectieuses des organes génitaux féminins, Ictère, etc...
HISTOGÉNOL Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Arsénio-phosphothérapie organique*	Très puissant reconstituant, indiqué dans tous les cas où l'organisme débilité réclame un réparateur sûr et énergique
LYSAPYRINE (402 M) Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Sulfamide pyridique aluminique*	Gonococcies - Pneumococcies Streptococcies - Méningococcies
LYXANTHINE ASTIER Laboratoires du Dr P. ASTIER 42 et 41 à 47, rue du Docteur-Blanche Paris (16e)	Composé anti-arthritique *Iodo-propanol sulfonate de sodium* *Bitartrate de lysidine* *Gluconate de calcium* Granulé effervescent Une cuillerée à café le matin à jeun	Goutte, Gravelle, Rhumatismes Névralgies rhumatismales, Arthrites Cellulites
PANTOPON "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Opium total* Comp. 1 cgr. : 1 à 4 par jour Amp. 1 cm³ (2 cgr.) : 1 à 2 p. j. Sirop : 1 à 4 c. à s. par jour	Toutes les indications de l'opium et de la morphine
PULMOREX (409 M) Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Dérivé soluble de la Sulfamide* *(Paraaminophényl-sulfamide méthylène sulfonate de soude)*	Traitement des voies respiratoires Infections du cavum Streptococcies - Gonococcies
SEL DE HUNT Laboratoire Alph. BRUNOT 16, rue de Boulainvilliers, Paris (16e)	*Granulé friable,* *à base de carbonates absorbants, neutralisants et calmants* (Na, Ca, Mg)	Hyperchlorhydrie Fermentations acides Gastralgies
SPASMALGINE "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Papavérine, Pantopon, Atrinal* Comp. : 1 à 2 p. j. Supp. : 1 à 2 p. j. Amp. 1 cm³ : 1 à 2 par jour	Tous les spasmes graves
THYROXINE "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Thyroxine synthétique* Solution : 10 à 15 gouttes p. j. Comprimés : 1 à 2 par jour Ampoules 1 cm³ : 1 à 2 intram. p. j.	Toutes les indications de la médication thyroïdienne
TONIQUE "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Toni-stimulant complet* Adultes : 2 à 6 c. à c. p. j. Enf. 8 à 15 ans : 1 à 2 c. à c. dans un peu de vin sucré	Toutes les anémies et asthénies

REVUE GENERALE

LA HERNIE POSTÉRIEURE DU DISQUE INTERVERTÉBRAL (1)

(*Suite et fin*)

Par M. Maurice Gaucher

Ancien chef de clinique à la Faculté de Paris

Signes radiologiques

Nous avons vu que les signes cliniques n'ont qu'une valeur relative. L'étude du liquide C. R. n'est pas plus précise. En pratique le diagnostic repose sur la coexistence de ces présomptions cliniques et des renseignements fournis par l'examen radiologique et surtout de la myélographie après injection lipiodolée.

La *radiographie* seule ne fournit que des renseignements inconstants ; il est rare de trouver, comme dans le cas de Crouzon, une disparition du ménisque atteint ; il est, par contre, plus fréquent de noter un pincement intervertébral qui acquiert une grosse valeur s'il correspond au niveau des signes de compression cliniques. Sur 40 malades, Barr décèle 15 fois un rétrécissement plus ou moins notable du disque et, dans un nombre presque égal de cas, diverses anomalies marginales au voisinage de la lésion (formations hypertrophiques, augmentation de la densité des bords vertébraux.) Quant à la présence d'ostéophytes à la face postérieure du rebord vertébral, leur constatation est trop banale pour avoir quelque valeur. Pour que ces anomalies acquièrent de l'importance, il importe que le centrage soit convenable et que le rayon normal passe par le plan du ménisque suspect. Bien entendu, un résultat négatif est sans valeur, une hernie discale pouvant aller de pair avec un espace intervertébral radiologiquement normal, ainsi qu'il ressort des constatations anatomo-pathologiques de Schachtschneider.

L'examen radiologique lipiodolé sous-rénal a, par contre, une valeur considérable sur laquelle insiste longuement Glorieux qui en décrit, avec minutie, la technique et les résultats. L'injection se fait par voie sous-occipitale ou lombaire, sans soustraction préalable autant que possible de liquide C. R. Les auteurs français injectent en général 2 cc., mais à l'étranger on injecte couramment, et sans danger, 5 cc. (Barr, Putti).

La néo-formation discale étant de petit volume, le blocage total est rare et l'arrêt lipiodolé n'a ni l'importance ni la fixité que l'on observe dans les autres variétés de compression médullaire. Aussi est-il indispensable d'employer une méthode d'examen très rigoureuse. Glorieux conseille de faire systématiquement les myélographies sous contrôle radioscopique sur la table basculante, d'un bout à l'autre du rachis et en toutes positions utiles. L'examen radioscopique se fait pendant le mouvement de bascule et la radiographie fixe, sans bouger malade ni ampoule, tous les stades intéressants du transit. Ce dernier point est important car l'arrêt lipiodolé peut n'être que temporaire et disparaître dans le temps où l'on conduit le malade de l'appareil de radioscopie à celui de radiographie (cas de Crouzon et Petit-Dutaillis).

L'image de compression discale consiste en *un défect du fuseau lipiodolé :* le fuseau se déforme, s'ébrèche, semble contourner quelque chose ; le défect a des bords habituellement réguliers, une forme plus ou moins arrondie ; ses caractères demeurent les mêmes à chaque passage de la bille lipiodolée. Les images varient suivant la région intéressée. Elles sont plus caractéristiques au niveau de la région lombaire, surtout en cas de hernie latérale double (images en haltère), d'interprétation plus difficile au niveau du rachis dorsal et cervical. Il importe avant de tirer une conclusion de bien connaître les aspects du transit lipiodolé normal dans les diverses positions imprimées au sujet.

Quelle que soit la valeur de l'examen au lipiodol, il faut cependant savoir qu'il peut être négatif et que tout blocage, même partiel, peut manquer (Chiasserini, 5 cas sur 40 de Barr).

Formes cliniques — Evolution générale

Nous avons signalé plus haut qu'il ne fallait pas s'attendre à trouver toujours la symptomatologie complète que nous avons décrite. La coexistence de tous ces symptômes paraît même assez rare.

Les *formes frustes*, par contre, semblent de plus en plus fréquentes, à mesure surtout qu'on pense plus précocement à faire le diagnostic de hernie nucléaire. Haguenau cite l'observation d'un malade qui, bien que souffrant depuis 4 ans, n'avait pour tout signe neurologique, que l'abolition du réflexe achillien gauche ; un malade de Glorieux ne présente qu'une douleur localisée au niveau des apophyses épineuses, sans aucun signe neurologique. L'existence de ces formes frustes ne surprend pas lorsqu'on sait la fréquence *des formes muettes* dont l'école de Dresde a montré la presque banalité anatomique.

Nous ne ferons que citer *les hernies nucléaires bilatérales*, rares, qui s'accompagnent de signes de compression bilatérale, ce qui en rend le diagnostic plus malaisé, l'un des caractères les plus nets de ces hernies étant l'unilatéralité des symptômes.

La hernie discale postérieure peut s'associer à une fracture vertébrale déterminée par un même trauma (Glorieux, Böhler), et imputable au même mécanisme. Glorieux estime que dans plus de 60 % des fractures vertébrales par flexion avec muscles extenseurs contractés, il existe simultanément une hernie nucléaire postérieure. Selon lui, les lésions osseuses à elles seules ne permettraient pas d'expliquer la fréquence des troubles radiculaires. Trois fois il a vu la hernie s'associer à une fracture parcellaire du rebord vertébral postérieur.

De l'ensemble des observations et quel que soit leur siège, il se dégage une évolution commune en deux stades : un premier, parfois très long et coupé de rémissions, qui traduit l'irritation radiculaire ou radiculo-médullaire par la hernie, un deuxième, souvent tardif mais presque toujours d'installation rapide, lié à la compression.

Au stade de compression, l'évolution est celle de toutes les compressions radiculaires ou médullaires. Toutefois, il faut citer la possibilité de *complications* qui, bien qu'exceptionnelles, ont été signalées récemment.

Mme Delhaye et Ludo Van Bogaert ont signalé une extension intra-pulmonaire dans un cas de hernie cervicale. Chez un homme de 42 ans présentant des signes importants de compression d'apparition rapide, la radiographie montrait une image typique de sarcome du médiastin et l'autopsie décelait, non un sarcome, mais une masse fibreuse, arrondie, grosse comme une orange, issue du disque C_3 C_4. Cette masse avait traversé le trou transversaire et s'était développée dans l'apex gauche.

Dickson a signalé à l'autopsie d'un sujet présentant des signes de compression médullaire, une hernie postérieure de C^6 C^7 compliquée d'abcès staphylococciques.

Il s'agit encore une fois là de raretés.

(1) Voir *Gazette des Hôpitaux*, nos 71-72

Traitement

Le seul traitement logique et radical est le traitement chirurgical. Toutefois, Glorieux estime que ce traitement doit être réservé aux hernies donnant des symptômes nerveux permanents, les traitements médicamenteux et physiothérapiques pouvant suffire à améliorer les sujets porteurs de hernies à symptômes nerveux intermittents. En général, on s'accorde néanmoins à penser que l'intervention doit être précoce et doit être pratiquée avant que des désordres médullaires ou radiculaires irréparables ne se soient produits (Mauric).

Le traitement chirurgical consiste à faire l'ablation de la hernie. Glorieux croit que cette ablation, temps délicat de l'intervention, n'est pas absolument nécessaire et que la laminectomie seule a un effet décompressif souvent suffisant ; il semble il est vrai, être revenu de cette opinion, ainsi qu'en témoigne la lecture de sa dernière observation publiée en collaboration avec Christophe (de Liége), et F. Francon.

Tous les cas français opérés portent sur des compressions de la queue de cheval par hernie discale lombaire, mais en Amérique toutes les localisations ont été traitées chirurgicalement (Elsberg, Stookey).

La technique opératoire est aujourd'hui assez précise : le diagnostic de localisation posé, on pratique une laminectomie ou une hémilaminectomie sur deux ou trois vertèbres, puis l'ouverture de la dure-mère postérieure. La hernie n'est généralement pas visible, camouflée par la dure-mère antérieure et le surtout ligamenteux postérieur ; ceux-ci sont tendus derrière la hernie comme une corde sur un chevalet et masquent la dénivellation brusque déterminée par la hernie. Aussi celle-ci a-t-elle pu parfois passer inaperçue (Kotzeborn). On récline avec soin les nerfs de la queue de cheval, puis on incise la dure-mère antérieure ; on peut alors aborder le nodule fibro-cartilagineux, dur, immobile, très adhérent à la face postérieure du disque intervertébral. On pratique l'ablation de la hernie avec évidement à la curette jusqu'au centre du disque intervertébral ; on coagule au bistouri électrique les restes du nucleus pour prévenir toute récidive. On referme, sans drainage, après ou sans suture de la dure-mère antérieure.

On complète généralement par une ostéosynthèse postérieure (Barr la réserve aux sujets ayant des travaux de force à accomplir).

Les résultats sont en général très satisfaisants et rapidement acquis. La plus importante statistique opératoire, celle de Barr, donne les résultats suivants :

Bons	32	(malades ne souffrant plus et ayant repris une activité normale).
Améliorations .	12	
Echecs........	2	
Décès.........	3	(malades morts d'affection intercurrente mais qui avaient été soulagés par l'intervention).
Cas trop récents	8	
	58	

Dans les cas favorables, la douleur s'estompe dès les premiers jours qui suivent l'intervention et très rapidement, les sujets peuvent reprendre leurs occupations professionnelles, sans conserver les moindres séquelles.

Cette statistique concerne, il est vrai, uniquement des hernies discales lombaires ou lombo-sacrées. Les résultats semblent moins encourageants pour les hernies dorsales ou cervicales comprimant la moelle ; la convalescence est plus lente et la guérison souvent incomplète.

Quant aux récidives, les récidives *in situ* sont impossibles si l'on a pris soin de coaguler les restes du nucleus. Il n'est pas impossible, par contre, de voir apparaître une formation semblable au niveau d'un disque voisin. Le cas a été signalé (Alajouanine), mais il demeure exceptionnel.

En résumé, quelle que soit la fréquence qu'on lui attribue, la hernie postérieure du ménisque intervertébral constitue une entité anatomo-clinique précise, justiciable d'un traitement curateur définitif, l'ablation chirurgicale.

BIBLIOGRAPHIE

Alajouanine et Petit-Dutaillis. — Compression de la queue de cheval par une tumeur du disque intervertébral ; opération ; guérison. (*Bull. & Mém. Soc. Nat. de chirurgie*, 1928, p. 1452).
Alajouanine et Petit-Dutaillis. — Le nodule fibro-cartilagineux de la face postérieure des disques intervertébraux. (*Presse Médicale*, 1930, n[os] 98 et 102).
Alajouanine. — La sciatique due au nodule fibro-cartilagineux de la face postérieure des disques intervertébraux lombaires. (*Presse thermale et climatique*, 1[er]-15 juillet 1939).
Andrae. — Uber Knörpelknötchen am hinteren Ende der Wirbelbandscheiben im Bereich des Spinal Kanals (*Beitr. z. path. Anat. u. z. allg. Path.*, 1929, t. LXXXII, p. 464).
J. S. Barr. — Sciatica caused by intervertebral disk lesions. (*J. Bone and Joint Surgery*, avril 1937).
J. S. Barr, A. O. Hampton et W. J. Mixter. — Pain low in the back and sciatica due to lesions of the intervertebral disks. (*J. of the Am. M. A.*, 16 décembre 1937).
J. Bau-Prussak. — Formations cartilagineuses, cause de compression médullaire (queue de cheval). (*Congrès de Poznan*, 12-15 septembre 1933).
O. Beadle. — The intervertebral disks. (*Medical research Council special report series*, N. 161, London 1931).
Buey. — Chondroma of intervertebral disk. (*J. Am. Med. A.*, 1930, p. 1552).
Calvé et Galland. — Etude clinique de 24 cas de hernies nucléaires vertébrales et de 3 épiphysites. (*Rev. d'Orthopédie*, 1930, t. XVII, p. 723).
Chiasserini. — Compression de la 6[e] racine cervicale droite par hernie d'un nucleus pulposus. (*Il Policlinico*, 31 mai 1937).
Crouzon, Petit-Dutaillis et Christophe. — Sur un cas de compression de la queue de cheval, d'origine traumatique, par un nodule fibro-cartilagineux du disque intervertébral ; opération ; guérison. (*Société Neurologie*, 7 mai 1931).
Dandy. — Loose cartilage from intervertebral disk simulating tumor of the special cord. (*Arch. Surg.*, 1929, t. XIX, p. 660).
Mme Delhaye et Ludo Van Bogaert. — Sur l'extension intrapulmonaire d'un fibrome du disque intervertébral. (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 16 novembre 1934).
Dickson. — Hernie du nucleus pulposus ayant déterminé une compression de la moelle, compliquée d'une granulome chronique staphylococcique. (*Proceedings of the Royal Society of Medecine*, vol. XXIX, septembre 1936).
Elsberg. — The extradural ventral chondromas (Ecchondroses). (*Bull. Neurol. Inst. New-York*, 1931, p. 350).
P. Glorieux. — La hernie postérieure du ménisque intervertébral. (Paris, Masson, éd., 1937).
P. Glorieux, Christophe (de Liége) et F. Francon. — Un nouveau cas de sciatique par hernie postérieure du ménisque intervertébral. (*Arch. de Rhumatologie*, juillet 1938).
Goldthwait. — The lumbo-sacral articulation, an explanation of many cases of « lumbago » « sciatic » and paraplegia. Boston (*M. & S. J.*, 1911, t. CLXIV, p. 365).
Haguenau. — Les compressions progressives de la moelle. (Paris, 1932. Maloine, éd.).
Klinge. — Cité *in* Barr.
Th. Kocher. — Die Verletzungen der Wirbensaüle zugleich als Beitrag zur Physiologie des menschlichen Ruckenmarks. (*Mitt. a. d. Grenzgeb d. Med. u. Chir.*, 1896).
Kotzeborn. — Schmorlsches Knöperlknötchen unter dem Bilde eines Rückenmarkstumors im Bereich des Halsmarkes. (*Zentralbl. f. Chir.*, 1930, t. LVII, p. 2418).
Lafargue, Bergouignan, Lafon et Caillon. — Deux observations de névralgies sciatiques par hernie méniscale opérées et guéries. (*Soc. Méd. & Chir.*, Bordeaux, mars 1939).
L. Langeron et A. Luguez. — Disque intervertébral. Anatomie. Physiologie. Pathologie. 1939.
G. Love. — Protusion of the intervertebral disk into the spinal canal. (*Proc. Stoff. Mayocl.*, 18 août 1936).
G. Love et Camp. — (*J. of Bone & Joint Surgery*, juillet 1937).
G. Mauric. — Le disque intervertébral. (*Thèse Paris*, 1933. Masson, éd.).
G. Mauric. — A propos de la pathologie du disque intervertébral. (*Revue du Rhumatisme*, janvier 1940).
Middleton et Teacher. — Injury of the special cord due to rupture of an intervertebral disc during muscular effort. (*Glasgow M. J.*, 1911, t. LXXVI, p. 17).
Mixter et Barr. — Rupture of intervertebral disk with involvment of the spinal canal. (*New England Med. J.*, n° 211, 1934).
Naffziger, Inman et Saunders. — (*Surgery, Gynecology & Obstetrics*, février 1938).

Ott et Adson. — The diagnosis and treatment of tumors of the spinal cord involving the conus and cauda equina. (*New Orleans M. & Surgery J.*, 1923, t. LXXVI, p. 169).
Peet et Eghols. — La hernie du nucleus pulposus comme cause de compression médullaire. (*Arch. of Neurol. and Psych.*, novembre 1934).
Putti. — Cité *in* Alajouanine (1939).
Robineau. — (Rapport à la *Soc. Nat. de Chirurgie*, 1929, t. LV, p. 937).
Rubino. — Syndromes neurologiques par hernie du nucleus pulposus. (*Rivista di Neurologia*, octobre 1937).
Schachtschneider. — Das hintere Bandscheibenprolaps in seinen Klinischen Auswerkungen. (*Fortsch. a. d. G. d. Röentgenstr. Bd.*, 54 H 2. 1936).
Schmorl. — Uber Knorpelknötchen an der Hinterfläche der Wirbelbandscheiben. (*Fortschr. a. d. Geb. der Röentgenstr.*, 1929, t. XXXIX).
De Sèze. — La sciatique dite banale, essentielle ou rhumatismale et le disque lombo-sacré. (*Revue du Rhumatisme*, déc. 1939).
De Sèze. — Sciatique « banale » et disques lombo-sacrés. (*Presse Médicale*, nos 51-52, 5-8 juin 1940).
Stookey. — Compression of the spinal cord due to ventral extradural chondromas. (*Arch. Neurol. and Psych.*, 1928, t. XX, p. 275).
Veraguth. — Extradurales myxochondrom an unteren Ende des Dural Sackes. (*Schweiz. Med. Wochensch.*, 1929, t. LIX, p. 154).
Williams. — Lesions of the lumbosacral spina. (*J. of Bone & Joint Surgery*, avril et septembre 1937).

HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

RÉPARTITION DES CHEFS DE SERVICE
DES ÉLÈVES INTERNES ET EXTERNES
POUR L'ANNÉE 1940-1941

Hôtel-Dieu. — 1. Médecin : M. le prof. Fiessinger ; internes ; MM. Lamotte, Nick ; externes : MM. Durand (Claude), Perrier (Pierre), Beauvy, Mlle Desoutter, MM. Letard, Pesle, Berthomier, Mlles Boinet, Garnier, Feine, Stoll, M. Lemaire (Robert).

2. Médecin : M. Halbron ; interne : M. Rouault ; externes ; M. Beugnon, Mmes Klotz, Hardré, M. Gosset (Jean-Robert) ; Mlle Weinstein.

3. Médecin : M. Baudouin ; interne : M. Lajouanine ; externes : M. Alloiteau, Mlle Ghitza-Joan, MM. Berger (Michel), Fourdinier, Ardouin, Ageorges.

4. Médecin : M. le prof. Henri Bénard ; interne : Mlle Féder ; externes : M. Dupré, Mlle Gavrilenko, MM. Tenenbaum, Barbier (Michel), Feffer, Mme Léger.

5. Médecin : M. Bariéty ; interne : M. Lefebvre ; externes : Mlle Lévy (Denise), MM. Rémond, Forest, Granier (Jacques), Boissière, Seropian.

6. Chirurgien : M. le prof. Sénèque ; internes : MM. Laigle, Nardi, Lascaux, Mazingarbe ; externes ; MM. Masse (Paul), N..., N..., N...

7. Accoucheur : M. Chirié ; internes : MM. Joussemet, Hewitt, E. P. ; externes : MM. Dupin-Giraud, Chambon, Duprey, Bignotti, Mmes Hallot-Boyer, Ardouin.

8. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. le prof. Velter ; internes : M. Boudon, Mme Martin, née Lippmann, E. P. ; externes : MM. Dezarnauld, N..., N..., N...

9. *Consultation.* — Médecin : M. Gutmann ; interne : M. Coury ; externes : MM. Cottreau, Davidovici, Ycre, Rey.

10. *Consultation.* — Chirurgie : M. N... ; externes : MM. Petitot, Bracq, N...

11. *Consultation de stomatologie.* — Stomatologiste : M. Raison ; externes : N..., N...

12. *Electro-Radiologie.* — Chef du service central : M. Lagarenne.

13. *Hydro-Thermothérapie.* — Chef : M. Duhem ; interne : M. Royer ; externes : N..., N...

La Pitié. — 1. Médecin : M. le prof. Vincent ; internes : MM. Fischer, Feld (Michel), Mlle Moreau ; interne étranger (en surnombre) : M. Samain ; externes : N..., N..., N..., etc.

2. Médecin : M. Cleisz ; internes : MM. Petit (Jacques), Roblin ; externes : MM. Foulon, Hartmann (Jean) ; Sethian, Nebout, Lieurade.

Saint-Antoine. — 1. Médecin : M. le prof. Lœper ; internes : MM. Chassagne, Breton ; externes : Mlle Genty, M. Boutillier du Rétail, Mlle Pannetier, MM. Bertier, Venator, Robert, Meunier.

2. Médecin : M. Chabrol ; interne : Mme Netter ; externes : M. Tixier (Pierre), Mlles Loudenot, Berthon, de Lauer, M. Tessler.

3. Médecin : M. M.-P. Weil ; interne : M. Bertrand ; externes : Mlle Ardillier, Mme Granier, née Rousselot, MM. N..., N..., N...

4. Médecin : M. Cain ; interne : M. Soullard ; externes : MM. Drylewicz, Beauvy, Essel, Salmano, Berveiller.

5. Médecin : M. Jacob ; interne : M. Bareau ; externes : N..., N..., N...

6. *Centre de triage.* — Externes : N..., N...

7. Médecin : M. Boulin ; interne : M. Inbona ; externes : MM. Guéniot, Maugeais, Nguyen-Khac-Vien, Gourdin, Weil (Raymond).

8. Médecin : M. Mouquin ; interne : M. Kaufmann ; externes : M. Pertusier, Mlle Cercus, MM. Treps, Matet (Yves), Sergent (Yves).

9. Médecin : M. Debray ; interne : M. Lecœur ; externes : N..., N..., N...

10. Chirurgien : M. le prof. Grégoire ; (M. Cadenat, supp.) ; internes : MM. Martinet, Morel-Fatio, Verne (Jean-Marie) ; externes : MM. Caron, Crépin, Perrimond, Dumée, N..., N..., N...

11. Chirurgien : M. Bréchot ; internes : MM. Lartigue, Campagne, Aupinel ; externes : N..., N..., N...

12. Accoucheur : M. le prof. Lévy-Solal ; internes : MM. Horvilleur, Nataf, E. P. ; externes : M. Cohen (Albert), Mlle Moday, MM. Girault, Drain, N...

13. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. le prof. Lemaitre ; interne : M. Démétriadès, E. P. ; externes : MM. Taptas, N..., N..., N..., N...

14. M. Halphen ; interne : M. Torre ; externes : MM. Bourguet, N..., N..., N..., N...

15. M. Lagrange ; interne : Mlle Rosenkovitch, E. P. ; externes : N..., N..., N..., N...

16. *Consultation.* — Médecine : M. Boltansky ; interne : M. Scebat ; externes : Mme Plas, Mlle Prozynski, M. Goury, N...

17. *Consultation.* — Chirurgie : M. Braine ; externes : N..., N..., N..., N...

18. *Consultation de stomatologie.* — M. Thibault ; externes : N..., N...

19. *Electro-radiologie.* — M. Cottenot ; interne : M. Le Sourd (Maurice) ; externes : N..., N...

Necker. — 1. Médecin : M. Laederich ; interne : M. Duret ; externes : Mlle Brouillet, MM. Labourie, Bureau (Georges), Mlle Naline, M. Rey (Maurice).

2. Médecin : M. Aubertin ; interne : M. Lesueur ; externes : MM. Giordano, Gabe, Mlle Langevin, M. Planchon.

3. Médecin : M. Binet ; interne : M. Cornet ; externes : M. Gougerot, Mlle Ribierre, MM. Raulin, Melun (Guy), Voitot.

4. Médecin : M. Jacquelin ; interne : M. Villanova ; externes : MM. Aga, Girard, Fossaert, Auzoux.

5. Chirurgien : M. J. Berger ; internes : MM. Robey, Darricau, Verstraete ; externes : N..., N..., N..., N..., N..., N...

6. Chirurgien : M. Gouverneur ; internes : MM. Gou-

lesque, Vionnet, (en surnombre : M. Boissonnat); externes : MM. Carrillo-Maurtua, N..., N..., N..., N..., etc.
7. *Consultation.* — Médecine : M. Decourt ; interne : M. Audry ; externes : MM. Laham (Edgard), Gouault, Laham (Jean).
8. *Consultation.* — Chirurgie : M. Quénu ; externes : MM. Coupaye, N...
9. *Consultation de stomatologie.* — M. Gornouec ; externes : N..., N...
10. *Electro-radiologie.* — Chef du service central : M. Gilson ; externes : Mme Gilles, N...

Enfants-Malades. — 1. Médecin : M. le prof. Debré ; interne : M. Gerbeaux (en surnombre à titre étranger : M. Séviléano) ; externes : Mme Mattei, Mlle Koechlin, Mme Fauvert, M. Bour (Pierre), Mlle Laurent (Flore), MM. Pelbois, Grobon, Schafer.
2. *Service temporaire.* — Interne : M. Mande ; externes : MM. Hertz, Fresnel.
3. Médecin : M. Weill-Hallé ; interne : M. Seguin ; externes : Mlle Morin, MM. Gauthier, Naudin, Weismann, Mlle Alhinc, Mme Stepanoff.
4. *Crèche ancienne et nouvelle.* — Interne : M. Blanchard.
5. Médecin : M. Stévenin ; interne : M. Gimault ; externes : MM. Houdart, Métais (André), Isal (Pierre), Pistre (Michel), Danion, N...
6. *Sélection.* — Internes : M. Brault, Mlle Garnier.
7. Médecin : M. Darré ; interne : Mme Debain ; externes : Mme Leroy, MM. Marlingue, Catalogne, Pestel (Maurice), Jourde, Chaverot.
8. Médecin : M. Heuyer ; interne : M. Ancelin ; externes : M. Céleste, Mme de Monvel, née Verron, Mlle Larrivé, Mme Fiessinger, Mlles Koo, Piobetta, M. Bouchet.
9. Chirurgien : M. le prof. Ombrédanne ; internes : MM. Rousset, Livory ; externes : MM. Dicesco, Habas, Mlle Doumic, N..., N..., N..., etc.
10. *Service médical d'Antony.* — Interne : M. Bergeron ; externes : N..., N...
11. Chirurgien : M. Bergeret ; internes : MM. Neveu, Debouvry ; externes : MM. Bourdy (Yves), Vigoureux, Koskinas, Emile-Zola, N..., N..., N...
12. *Oto-rhino-laryngologiste :* M. Le Mée ; internes : M. Cachin (Yves), Mme Demassieux, E. P. ; externes : MM. Delormeau, Simon, N..., N..., N...
13. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Monbrun ; interne : Mlle Depitre, E. P. ; externes : N..., N..., N..., N...
14. *Electro-radiologie.* — M. Porcher ; externes : N..., N...

Cochin. — 1. Médecin : M. le prof. Rathery ; internes : MM. Sérane, Deuil, Paugam ; externes : M. Duval (René), Mlle Bricard (Hélène), MM. Koupernik, Boreau, Maigne, Nalpas, Mme Chevallier, Mlles Cousin, Huguet (Simone), MM. Beinis, Decroix, Beurrier, Darbord.
2. Médecin : M. Harvier ; interne : M. Claisse ; externes : Mlles Allary, Bricard (Christiane), M. Caldier, Mme Florent, M. Cazes, Mlle Larmoyer.
3. *Service de malariathérapie.* — Médecin : M. Chevallier; externes : MM. Apkarian, Loubry.
4. Médecin : M. Chevallier ; internes : M. Costa, Mme Pognan ; externes : M. Smagghe, Mlles Hesse, Kahn-Brucker, Mme Mazars, MM. Allendé, Boëffard.
5. Médecin : M. Ameuille ; interne : M. Raymondaud ; externes : M. Lacaze, Mme Hamel, MM. Gandar, Wassef (Osiris), Paley, Mlle Uhry.
6. *Service du dispensaire.* — M. Ameuille ; interne : M. Guiot ; externes : MM. Duvillé, Jacquemin, Pimpaneau, N...
7. *Service des tuberculeux.* — M. Ameuille ; interne : M. de Lignières ; externes : MM. Godlewski, Goury, N...
— *Tuberculeux (femmes).* — M. Ameuille ; externes : MM. Seiffert, N...
8. Chirurgien : M. le prof. Lenormant ; internes : MM. Denoix, Toulouse, Lacroix, Leroy ; externes : MM. Matet, Nicolle, Morin (Paul), N..., N..., N..., N..., etc.
9. Chirurgien : M. Fey ; internes : MM. Lataix, Joly ; interne (à titre étranger) : M. Placa ; externes : N..., N..., N..., N..., etc.
10. Chirurgien : M. le prof. Mathieu ; internes : MM. Debelut, Adam ; externes : N..., N..., N..., etc.
11. *Consultation de médecine.* — Médecin : M. Gilbert Dreyfus ; interne : M. Deprez ; externes : M. Pichereau, Mme Bach, MM. Grabois, Autier.
12. *Consultation de chirurgie.* — M. le prof. Lenormant; externes : M. Klein (Philippe), Mlle Merle.
13. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : N... ; externes : N..., N...
14. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Maduro ; externes : MM. Boutbien, N...
15. *Stomatologie.* — Stomatologiste : M. Dechaume ; externes : N..., N...
16. *Electro-radiologie.* — Externes : N..., N...

Hôpital Beaujon. — 1. Médecin : M. Turpin ; interne : N... ; externes : M. Sahuqué, Mlle Laëmmer.
2. *Consultation de médecine.* — Médecin : M. Hamburger ; interne : M. Kartun ; externes : MM. Racovsky, N..., N..., N...
3. *Consultation de chirurgie.* — Chirurgien : M. Longuet ; externes : N..., N...

Tenon. — 1. Médecin : M. Lian ; interne : M. Gorin ; externes : MM. Desprez, Binda, Libert (André), Marchenay.
2. Médecin : M. Brûlé ; interne : M. Audoly ; externes : MM. Delater, Imbert, Gertzberg, Foix, Arnaud, Tournier.
3. Médecin : M. Guy Laroche ; interne : M. Zivy ; externes : MM. Léger, Thierry, Siraga, Mlle Fagnot.
4. Médecin : M. May ; internes : M. Lepintre, Mlle Kahn ; externes : Mlles Duthil, Wetzlar, M. Paraf, Mlle Gujar, M. Lévy (Jean-Ernest), Mlle Narlian, MM. Pichot de Champfleury, Ulmann (Jacques).
5. Médecin : M. Marchal ; interne : M. Fressinaud-Masdefeix ; externes : Mlle Quéret, MM. Borniche, Lemierre, Hurel, Guézou, Mlle Rabut.
6. Médecin : M. Etienne Bernard ; internes : MM. Génévrier, Carasso ; externes : MM. Bidault des Chaumes, Lenormand, Lévy (Cl.-Jean), N..., N..., N..., etc.
7. Médecin : M. Carrié ; interne : M. Bourdin ; externes : N..., N..., N..., N...
8. Médecin : M. Hagueneau ; interne : M. Butet ; externes : MM. Nugues, Métais, Klotz, Métropolitanski, Herveau, Louveau.
9. Chirurgien : M. Houdart ; internes : MM. Meyer, Claracq, Billard ; externes : N..., N..., N..., etc.
10. Chirurgien : M. Deniker ; internes : MM. Poissonnet, Rometti, Daumet ; externes : N..., N..., N..., etc.
11. Chirurgien : M. Girode ; internes : MM. Magder, Freret, El Baz ; externes : N..., N..., N..., etc.
12. Accoucheur : M. Ravina ; internes : MM. Davy (André), Mayaud ; externes : MM. Brunet (André), Cabrières, Roujeau, Courtin, N...
13. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Hautant ; internes : MM. Clerc, Allilaire ; externes : N..., N..., N...
14. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Bollack ; interne : Mlle Tourneville, E. P. ; externes : N..., N..., N..., N...
15. *Consultation.* — Médecine : M. Ravina ; interne : M. Callerot ; externes : MM. Sapir, Fondeville, Bétuel, Brunel (Philippe), N...
16. *Consultation.* — Chirurgie : M. Redon ; externes : N..., N..., N...
17. *Stomatologie.* — Stomatologiste : M. Lacronique.
18. *Electro-radiologie.* — M. Lepennetier ; externes : MM. Villebrun, N...

Laennec. — 1. Médecin : M. le prof. Troisier ; internes : MM. Wolfromm, Lacorne ; externes : MM. Basset, Alcan, Velter, Mme Thuillier-Balle, N..., N..., N..., N..., etc.
2. *Crèche.* — Médecin : M. le prof. Troisier ; externes : N..., N...
3. *Dispensaire Léon-Bourgeois.* — Externes : N..., N..., N...
4. Médecin : M. Louis Ramond ; interne : M. Milliez ; externes : MM. Georges, Rouget, Mlle Lagrona, M. Wallet (Max).
5. Médecin : M. René Bénard ; interne : M. Coblentz ; externes : MM. Brac (Jean), Bonan, Ponson, Gosset.


SPARTÉINE
HOUDÉ

6. Médecin : M. Léchelle ; interne : M. Rault ; externes : MM. Viollet, Brault, Tobé, Chapelet.

7. Médecin : M. Pruvost ; internes : Mlle Aubin, M. Deslandes ; externes : Pujol, Jacquelin, Mennerat, Ripart, Boitard, Lemoine, N..., N..., N...

8. *Dispensaire Léon-Bourgeois.* — Médecin : M. Pruvost; externes : N..., N..., N...

9. Chirurgien : M. Roux-Berger ; internes : MM. Pertus, Logeais ; externes : MM. Darris, Cresson, N..., N..., N...

10. Médecin : M. Robert Monod ; internes : MM. Debost, Marzet ; externes : N..., N..., N...

11. Médecin : M. Baldenweck ; interne : Mme Pujol, E. P.; externes : N..., N..., N..., N...

12. *Ophtatmologie* — Ophtalmologiste : M. Bourdier ; interne : M. Chartrain ; externes : MM. Hallot-Boyer, N..., N...

13. *Consultation.* — Médecine : M. Célice ; interne : M. Gougerot ; externes : MM. Louveau, Lapeyre (Jean), Moreau.

14. *Consultation.* — Chirurgie : Externes : MM. Schatz, Le Nail.

15. *Stomatologie.* — Stomatologiste : M. Darcissac.

16. *Electro-radiologie.* — Externes : N..., N..., N...

Bichat. — 1. Médecin : M. Boidin ; internes : MM. Delzant, Droguet ; externes : MM. Narewski, Sauvegrain, Biro (Jean), Mlle Savaton, MM. Leforestier, Joué, de Person, Lajoux.

2. Médecin : M. Chiray ; internes : MM. Vermenouze, Guillemin ; externes : M. Monié (Jacques), Mme Brennan, MM. Roy, Calvo-Platero, Sigaléa, Germond (Jean), Noël, Jacquelin.

3. M. le prof. Pasteur Vallery-Radot ; internes : MM. Welti, Depaillat ; externes : MM. Rathery, Bellot (Lucien), Mignot (André), Gerbeaux (Alain), Chardin (Daniel), Loygue, Flavigny, Mlle Marchand, M. Maurice (Pierre).

4. Médecin : M. Faroy ; internes : MM. Paillas, Geffroy ; externes : MM. Jacob, Poncet, Mlle Klein, MM. Carraud, Molko, Mlle Rapidel, M. Pillois, N...

5. Chirurgien : M. Capette ; internes : MM. Beauchef, Le Roy (François), Rongé ; externes : MM. Bénézech, Gerson, Lefort, Sée, N..., N..., N..., N...

6. Chirurgien : M. Mondor ; internes : MM. Berthon, Desfosses, Mlle Jurain ; externes : MM. Mendras, Gillet, Sevegrand, Zipper, N..., N..., N..., N...

7. Chirurgien : M. Brocq ; internes : M. Eudel (François), Mlle Mendras, M. Flabeau ; externes : N..., N..., N..., N..., N..., etc.

8. Accoucheur : M. Portes ; internes : MM. Musset, Lang ; externes : M. Jacquelin, Mme Rosenwald, MM. Raymond, Pichon, Missonnier, Mercadier.

9. M. Leroux (Louis) ; interne : M. Courjaret ; externes : Mlle Schauving, MM. Meunier, N...

10. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Prélat (service pas encore ouvert ; interne : M. Sénéchal (André) ; externes : N..., N..., N...

11. *Consultation de médecine.* — Médecin : M. Worms ; externes : Mme Bosc, MM. Denis (Jean), Duhamel (Gérard), Lévy (Michel), Conche, Duranteau.

12. *Consultation de chirurgie.* — Chirurgien : M. R. Bloch ; externes : N..., N..., N...

13. *Stomatologie.* — Stomatologiste : M. Friez ; externe : M. Boschatel.

14. *Poticlinique du boulevard Ney.* — *Médecine infantile.* — Interne : M. Moch ; externes : N..., N..., N...

Broussais. — 1. Médecin : M. le prof. Laubry ; interne : M. Lenormant ; (interne à titre étranger : M. Eman-Zadeh); externes : M. Combet, Mlle Santelli, M. Lemoine, Mlle Brunel, M. Dailheu.

2. *Service des tuberculeux.* — M. Laubry ; interne : M. Vernes ; externes : MM. Gauthier, N...

3. Médecin : M. Donzelot ; internes : MM. Bellin, Ordonneau ; (interne étranger en surnombre : Mme May) ; externes : MM. Bilski-Pasquier, Nordin, Poirier (Maurice), Sénécal, Gaulard, Dessertenne, Bergeron, Mlle Bauzin.

4. Médecin : M. Abrami ; interne : M. Brissaud ; (à titre provisoire : Mlle Depitre, E. P.) ; externes : MM. Simon (Georges), Perrotin (Jean), Mlles Cremer, Brun, MM. Reichmann, Thomas-Lamotte, Ivaldi.

5. *Service des tuberculeux.* — Médecin : M. Abrami ; interne : M. Roger ; externes : MM. Guéret, Buhot.

6. Médecin : M. Benda ; internes : MM. Blanc (Guy), Cossart ; externes : MM. Moullé, Masseboeuf, N..., N..., N..., N..., N...

7. Chirurgien : M. Basset ; internes : MM. Gandrille, Etienne, Le Brigand ; externes : MM. Zadikian, N..., N..., N..., etc.

8. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Chatellier ; interne : M. Labayle ; externes : MM. Galand, N..., N...

9. *Consultation de médecine.* — M. J. Bezançon ; interne : M. Dreyfus ; externe : M. Boulay.

10. *Consultation de chirurgie.* — M. Basset ; externes : N..., N...

11. *Stomatologie.* — Externe : N...

12. *Electro-radiologie.* — M. Gibert ; externe : M. Sersiron.

Boucicaut. — 1. Médecin : M. Richet ; interne : M. Hardel ; externes : MM. Jouve, N..., N..., N...

2. *Centre de triage* : Externes : N..., N...

3. Médecin : M. Trémolières ; interne : M. Verliac ; externes : MM. Guillain, Wapler, Hardré, Nolot, Mallet (Jean).

4. Chirurgien : M. Desplas ; internes : MM. Deguillaume, Robert, Champagne ; externes : N..., N..., N..., etc.

5. Accoucheur : M. Ecalle ; internes : MM. Rognon, Ecalle ; externes : MM. Estève, Savouret, Charuel, Yver.

6. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Moulonguet ; interne : M. Bretton ; externes : MM. Guyot (Jacques), Grémont, N..., N..., N...

7. *Consultation.* — Médecin : M. Rachet ; interne : M. Langevin ; externes : MM. Rey, Mlle Decaup.

8. *Consultation.* — Chirurgie : MM. N..., N..., N...

9. *Stomatologie* — Stomatologiste : M. Houzeau.

10. *Electro-radiologie.* — M. Mahar ; externe : N...

Vaugirard. — 1. M. le prof. Duval ; internes : MM. Joublin, Perol, Aurégan ; externes : El-Okby, N..., N..., N..., etc.

Ambroise-Paré. — 1. Médecin : M. Monier-Vinard ; interne : M. Tiret ; externes : MM. Vaysse, Richard, Mlle Thierry-Mieg, Mlle Bourgeois, M. Brument.

2. Médecin : M. Jacquet ; interne : M. Perrier ; externes, MM. Guinard (Pierre), Malherbe, Tourel, N..., N...

3. Chirurgien : M. Gatellier ; internes, MM. Pointeau, Baudon ; externes : MM. Nugues, N..., N..., N..., etc.

4. *Consultation médecine.* — M. Péron ; interne : M. Bourlière ; externes : MM. Medvedeff, Lavergne.

5. *Consultation chirurgie.* — Externes : MM. Martinet, Scherrer, Wapler.

6. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. N... ; externes : MM. Dumay (J.-J.), N...

7. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Parfonry ; externes : N..., N...

8. *Electro-radiologie.* — M. Detré.

9. *Stomatologie.* — Stomatologiste : N..

Saint-Louis. — 1. Médecin : M. le prof. Gougerot ; internes : MM. Tétreau, Basset ; externes : Mlles Duchamp (Marie), Labarre, MM. Descubes, Bertier, Gautier, Bouysse, Coudurier, Mlle Labonde.

2. Médecin : M. Sézary; internes : MM. Grèze, Horeau ; externes : MM. Duveau, Lafourcade (Jacques), Serres (Jean), Mme Russak, M. Woimant (Georges), Mlles Bleblum, Redonnet, M. Fouchet.

3. Médecin : M. Duvoir ; internes : Mlle Wolfromm, M. Vivien ; externes : M. Legendre (Jean), Mlles Imianitoff, Iliovici, MM. Deniziaut, Voitot.

4. Médecin : M. Touraine ; internes : MM. Rouzaud, Temime ; externes : MM. Dubarry, Guérault, Pons, Tallet, Gautier, Payenneville, Galopeau, Berger, Legendre.

5. Médecin. M. Weissenbach ; internes : Mlle Eyraud, M. di Mattéo ; externes : MM. Lafourcade, Harmel, Vigier, N..., N..., N..., etc.

6. Médecin : M. Flandin ; internes : MM. Camus, Thorel ;

externes : MM. Lemoine, Nomdedeu, Bory, Lavarde (Jean), Fucs, Legendre, N..., N..., Daguin, N...

7. Médecin : M. Tzanck ; internes : M. Barré (Yves), Mlle Lindeux ; externes : MM. Guy, Russak, Rozencweig, Malange, Mlle Ledrut, MM. Monod-Broca, N..., N...

8. *Transfusion sanguine.* — M. Tzanck ; externes : MM. Roux, Kivenko.

9. Chirurgien : M. Picot ; internes : MM. Beaufils, Thomeret, Seyer ; externes : N..., N..., N..., N..., N..., N...

10. Chirurgien : M. Bazy ; internes : MM. Guny, Le Picard, Sclaefer ; externes : MM. Ramadier, Ryckewaert, Delouche, Alison, Bonici, Chaïa, N..., N...

11. Chirurgien : M. Madier ; internes : MM. Frébet, Sagaut, Kaeppelin ; externes : MM. Labat (Pierre), Mathieu de Fossey, N..., N..., N..., N..., N..., etc.

12. Chirurgien : M. Michon ; internes : MM. Vincent, Gout ; externes : Leib, N...

13. *Consultation d'urologie* : M Michon ; externes : N..., N..., N..., N..., N...

14. Accoucheur : M. Devraigne ; internes : Mlle Saulnier, E. P., M. Sayous ; externes : MM. Saint-Hilier, Talpin, Beal, Chaignon, Gosselin.

15. *Oto-rhino-laryngologie* : M. Bouchet ; interne : M. Joinville ; externes : MM. Tararine, Forgeois, Muller, Colbert (Jacques), N...

16. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Coutela ; interne : M. Blancard ; externes : N..., N..., N...

17. *Consultation.* — Médecine : M. Degos ; interne : M. Viguié ; externes : Mlle Laisney, M. Bernard (Pierre), Ponsard, Bouygues.

18. *Consultation.* — Chirurgie : M. Seillé ; externes : N..., N..., N...

19. *Stomatologie.* — Stomatologiste : M. Richard ; externes : N..., N...

20. *Electro-radiologie.* — M. Gastaud ; interne : M. Demassieux ; externes : N..., N..., N...

21. *Annexe Grancher.* — 1. Médecin : M. Babonneix ; internes : Mme Cornet, Mlle Brille; externes : Mlle Bonastre, MM. Hébert, Buriat (J.), Spriet, Guez, Pondaven, Pépin (R.), Joué.

22. Chirurgien : M. Boppe ; internes : MM. Lesieur, Bancaud, Drain (en surnombre, à titre étranger : Orfali) ; externes : M. Heffez, N..., N..., etc.

Broca. — 1. M. le prof. Mocquot ; (M. Pierre Moulonguet, supp.) ; internes : MM. Jamain, Salvanet, Thoyer-Rozat ; externes : Mlles Ravet, Orsoni, Mmes Marcille, Bonan, Lebreton, N...

2. *Chroniques de chirurgie.* — M. le Prof. Mocquot ; externes : N..., N..., N...

3. *Consultation de dermatologie.* — Médecin : M. Kaplan (Maurice) ; interne : M. Tricot ; externes : MM. Beyer, Delalieux, Seibel, Flaisler, Krajevitch, Viard.

4. *Electro-radiologie.* — M. Thoyer-Rozat ; externe : N...

Maternité. — 1. Accoucheur : M. Lantuéjoul ; internes : MM. Delouche, Prochiantz ; externes : Mlle Granier, M. Leca, Mlle Rosenthal.

Baudelocque. — 1. M. le prof. Couvelaire ; interne : M. Reynaud ; externes : MM. Gorce, Cuzin, Bertho, Bally, Berthet, Leiser, Chenille.

Hôpital de la clinique d'accouchement Tarnier. — 1. Accoucheur : M. le prof. Jeannin ; internes : M. Parsy, Fronville ; externes : MM. Lefort (J.), Leroy, Chadoutaud, Mouillé (H.), Bourgeaud.

Claude-Bernard. — 1. Médecin : M. le prof. Lemierre ; internes : Mlle Rist, M. Taveau, Mlles Lotte, Bournisien ; externes : MM. Rainaut (J. J.), Choubrac, Mme Sziedbaum, Mlles Seilinger, Bory, Konarzewska, Aïtoff, MM. Monod (Eric), Lévy (Pierre), Egger, Drain, N..., N..., N..., N...

2. Médecin : M. Marquézy ; internes : MM. Roche, Grislain, externes : Mlle Loiseau, MM. Canivet, Maury, Mlle Sikorav, MM. Bailliart, Mory, Mlle Chateaureynaud, N...

3. *Consultation d'oto-rhino-laryngologie* : M. Leroux-Robert ; interne : M.. Enel ; externe : M. Ramaroni.

Trousseau. — 1. Médecin : M. Paisseau ; interne : M. Hacker ; externes : M. Tricard, Jacquet-Lagrèze, Benoit (Claude), Mlles Brissy (Suzanne), Moussié, MM. Marchal (Louis), Legrand, Teurtroy.

2. *Diphtérie.* — Interne : Mlle Seyrig.

3. Médecin : M. Cathala ; interne : M. Boulenger ; externes : Mlle du Pasquier, MM. Roux, Blondé, Casaurang, Denis (Jean, Charles), Mlle David.

4. *Contagieux.* — Interne : M. Cler (René).

5. Chirurgien : M. Sorrel ; internes : MM. Bolo, Compagnon, Matteï ; externes : N..., N..., N..., etc.

6. *Oto-rhino-laryngologie* : M. Rouget ; interne : M. Toufesco ; externes : MM. Lafontaine, N..., N..., N..., N...

7. *Consultation de médecine.* — Médecin : M. Clément ; interne : Mlle Provendier ; externes : MM. Dominguez y Gonzalès, Bourdon, Tardieu, Pesle, Mercier (Maurice).

8. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Dollfus ; externes : N..., N...

9. *Stomatologie* : M.. Lemerle ; externe : N...

10. *Electro-radiologie.* — Externe : N..

Bretonneau. — 1. Médecin : M. Grenet ; internes : MM. L'Hirondel, Camus (Pierre) ; externes : MM. Etienne (Henri), Le Moal, Mlles Faillebin, Laprade, Benezit, Réau, M. Perraudin.

2. Médecin : M. Milhit; interne : M. Raynaud ; externes : MM. Dubel, Pierart, Laborderie-Boulou, Mme Fayol, MM. Sauzier, Rouault de la Vigne.

3. Chirurgien : M. Leveuf ; internes : MM. Poissonnet, Lenoël, Dufourmentel ; externes : N..., N..., N..., etc.

4. Accoucheur : M. Guéniot ; internes : MM. Loubrieu, Schneider ; externes : MM. Depinay, Hiverlet, Gibert, Mlle Delplace, M. Lallemant.

5. *Consultation de médecine.* — Médecin : M. Launay ; interne : Mme Dauphin ; externes : M. Peiffert, Mlles Maurice-Bokanowski, Veise, M. Verdier (Jacques), Mlle Aaalam.

6. *Consultation d'oto-rhino-laryngologie.* — M. Lallemant ; externes : N..., N..., N...

7. *Stomatologie.* — M. Izard.

8. *Electro-radiologie.* — Externes : N..., N...

Hérold. — 1. Médecin : M. Julien Marie ; interne : M. Salet (Jacques) ; externes : M. Grel, Mlle Maronet, MM. Ribay, Bouvaist, Gomez, Oger, Diala.

2. Médecin : M. Huber ; interne : Mme Dreulle ; externes : M. Pardon (Cl.-Noël), Mlle Duboin, MM. Gauchon, Peiffert, Mme Bornette, N...

3. *Consultation de médecine.* — Médecin : M. Lamy ; interne : Mlle de Larminat ; externes : MM. Noal (Pierre), Sarrazin, Bonnefis, Arnaud, Mlle Hatt.

4. *Consultation d'oto-rhino-laryngologie* : M. Bourgeois (Robert) ; externes : N..., N..., N...

5. *Electro-radiologie.* — Externe : N...

6. *Stomatologie.* — M. Cauhepé.

7. *Ophtalmologie.* — M. Renard.

Maison de Santé. — 1. Médecin : Mme Bertrand-Fontaine ; interne : M. Schneider (Jean) ; externes : MM. Dubois (J.), Gerson, Coudurier.

2. Chirurgien : M. Soupault ; internes : MM. Brenier, Roy ; externes : N..., N..., N..., etc.

3. *Consultation de chirurgie.* — M. Soupault ; externes : N..., N...

4. *Consultation de médecine* : Mme Bertrand-Fontaine ; interne : Mme Weill ; externes : MM. Perdrizet, Besle, Hacker.

Enfants-Assistés. — 1. Médecin : M. le prof. Lereboullet ; internes : M. Vendryès, Mlle Montalant ; externes : MM. Desjeux, Le Tan-Vinh, Couade, Petit (J. L.), Pellot, Aublin, Divisia.

2. Chirurgien : M. Martin ; internes, MM. Isal, Ciaudo ; externes : MM.. Benoit (Pierre), N..., N..., N..., N..

3. Accoucheur : M. Vignes ; interne : M. Weyl ; externes : Mlle Masson, MM. Rosey, Brun, Borja.

4. *Electro-radiologie.* — M. Aimé ; externe : N...

5. *Stomatologie.* — M. Papillon-Léage.

Bicêtre. — 1. Médecin : M. Moreau ; internes : MM Lévy, Depierre ; externes : M. Burgot, Mlle Ferrié, MM. Descrozailles, Chapuis, Bouttier (Daniel), Mariage, Mlle Lecour, M. Périer, Mlles Bett, Thiédot, M. Caplier, Targowla.
2. Médecin : M. Alajouanine ; internes : MM. Mozziconacci, Bouvier ; externes : MM. Deniker (Pierre), N..., N..., etc.
3. Médecin : M. Paraf ; interne : M. Ristelhueber ; externes : MM. Seilinger, Leibinson, Mazars, N..., N..., N...
4. Chirurgien : M. Toupet ; internes : MM. Feldman, Ronsin, Saks ; externes : N..., N..., N..., N..., etc.
5. *Service temporaire de chirurgie* : M. Toupet ; externes : N..., N...
6. *Service d'aliénés* : M. Maillard ; interne : M. Butet.
7. *Consultation de stomatologie* : M. Lattès.
8. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Hudelo.
9. *Electro-radiologie.* — Externe : N...
10. *Consultation de médecine.* — M. Moreau ; interne : M. Minkowski.

Salpêtrière. — 1. Médecin : M. le prof. Guillain ; internes : MM. Piton, Tiffeneau, Morichau-Beauchant ; externes : MM. Cousin, Vivarès, Deroide, Daffos, Barral, Sirot, N..., N...
2. Médecin : M. Ribadeau-Dumas ; interne : Mlle Mage ; interne (à titre étranger : M. Hussameddin) ; externes : MM. Lamy, Gross, Mlle Pozerski, M. Boeswiwald, Mme Florent.
3. Médecin : M. Faure-Beaulieu ; interne : M. Isorni ; externes : N..., N..., N..., etc.
4. Médecin : M. Lévy-Valensi ; internes : MM. Tardieu, Carlotti ; externes : MM. Leulier, Gauthier, Mlle Saloff, N...
5. Médecin : M. Levesque ; internes : Mme Joussemet, MM. Goury-Laffont ; externes : MM. Moullec, Lemerre, N..., N...
6. *Consultation de médecine de la Pitié* (transférée à la Salpêtrière). — Médecin : M. Escalier ; interne : M. Danel ; Externes : MM. Moncany, N..., N...
7. Chirurgien : M. le prof. Gosset ; internes : MM. Monod (Claude), Hertzog, Küss ; externes : Mlle Angiès, MM. Torre, Balter.
8. Médecin : M. Barbé ; interne : M. Courchet.
9. *Electro-radiologie.* — M. Bourguignon ; interne : M. Marre ; externe : N...
10. *Stomatologie* : M. Lebourg.
11. *Clinique chirurgicale.* — M. Petit-Dutaillis ; interne : M. Klotz ; externes : MM. Mesnier, N..., N..., N...

Ivry. — 1. Médecin : M. Coste ; internes : MM. Hervet, Ruel ; externes : Mlle Guillouët, MM. Mercadier, Gaulard.
2. *Chroniques et admission.* — Externes : Mme Comte, M. Barbet (Eugène).
3. Chirurgien : M. Métivet ; internes : MM. Léandri, Beauchart ; externes : MM. Parrot, N..., N...
4. *Electro-radiologie.* — M. Pestel
5. *Stomatologie.* — M. Mesnard.

Ménages. — 1. Médecin : M. Brodin ; interne : M. Lange; externes : MM. Brami, Friedel, Thuillier, Mme Malpas, Mlle Muraccioli.

La Rochefoucauld. — 1. Médecin : M. Kudelsky; interne : M. Ducournau ; externe résident : M. Doutriaux.

Debrousse. — 1. Médecin : M. Garcin ; interne : M. Jacquot.

Brévannes. — 1. Médecin : M. Renaud ; interne : M. Bessière ; interne (concours spécial) : M. Cœuillez.
2. Médecin : M. Bourgeois ; interne : N... ; internes (concours spécial) : Mlle Dehennot, MM. Hirsch, Alhomme, Didier, Tronc.
3. Médecin : M. Chevalley ; interne : N... ; interne (concours spécial) : M. Sebag.
4. *Stomatologie* : M. Vrasse.
5. *Oto-rhino-laryngologie* : M. Lemariey.

Sainte-Périne. — 1. Médecin : M. Cachera ; interne : M. Baud ; externe (concours spécial).

Chardon-Lagache. — 1. Médecin : M. Cachera ; interne (concours spécial) : M. Maillard.

Marmottan. — 1. Médecin : M. Ameline ; internes résidents : MM. Lecain, Brille (Pierre), Vialle.

Garches (*Hôpital Raymond-Poincaré*). — 1. Médecin : M. Weissmann (R.) ; interne : M. Granjon ; internes (conc. spéc.) : MM. Peyron, Desclaux, Sriber.
2. Médecin : M. Kourilsky ; interne : M. Sicard ; internes (conc. spéc.) : Mlle Rémond, MM. Barrier (J.), Delambre.
3. Chirurgien : M. Richard ; interne : M. Kropff ; externes : MM. Le Naour, Mlles Béranger, Aoul.
4. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Huet.
5. Ophtalmologiste : M. Dollfus.
6. Assistant d'électro : M. Goubert.
7. *Amphithéâtre d'anatomie.* — Directeur scientifique : M. Braine ; conservateur du musée : M. Jullien.
8. *Histologie et anatomie pathologique.* — Chef de laboratoire : M. Nicaud.

Sainte-Anne. — M. le prof. Laignel-Lavastine ; chefs de clinique : MM. Durand, Bouvet, Vidard, Asuad (à titre étranger) ; externes : M. Bachet, N..., N..., N..., N...

Neuro-psychiatrie. — M. Chapoulaud ; chefs de laboratoire : MM. Gallot, Parcheminey, Maret.

Clinique Antoine-Chantin. — 1. Médecin : M. Rouhier ; internes : MM. Nordmann, Duhamel, Staub ; externes : N..., N..., N..., N..., N...

Sanatorium d'Angicourt. — 1. Médecin : M. Buc ; assistants : MM. Ronce, Hanrion.

Sanatorium de San Salvadour. — 1. Médecin : M. Fohanno ; adjointes : Mme Benoit, née Jean, Mlle Roussy.

Galignani et Belœil. — 1. Médecin : M. Maréchal ; adjoint : M. N...

La Reconnaissance. — *Fondation Brézin.* — 1. Médecins : MM. Weissmann (Robert), Kourilsky (Raoul).

La Reconnaissance et la Fondation Davaine. — 1. Médecin : M. Mutel.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

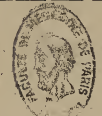
Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

TABLE ALPHABÉTIQUE DES HOPITAUX
avec indication des pages

N°s 75-76. — 20-23 NOVEMBRE 1940. 113e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX



CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE	ETRANGER
3 mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.	Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Etudiants : **30** francs par an.	Tous les autres pays : **90** francs.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.	*Chèques postaux : Paris 2538-76*

Publicité : M. A. Thiollier, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : Littré 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Par arrêté des 18 septembre 1939 et 26 janvier 1940, les internes, externes en premier, externes des Hôpitaux de Paris, de nationalité française ou ayant la qualité de protégés français, *qui ont été mobilisés*, ont été autorisés à soutenir leur thèse de doctorat en médecine.

Les raisons qui ont amené l'administration à accorder ces facilités aux élèves des hôpitaux et hospices civils de Paris, par dérogation à l'article 155 du règlement sur le Service de Santé, ne subsistent plus aujourd'hui et ces élèves ne peuvent plus, en principe, déposer une thèse en vue de la soutenance.

Toutefois, à titre transitoire, et en vue de ménager les intérêts de ces jeunes gens dont le manuscrit de thèse est achevé, ils sont autorisés à en effectuer le dépôt dans un délai de six semaines à compter de ce jour, pour ceux qui sont actuellement libérés, et de six semaines également, mais à compter du jour de leur libération, pour ceux qui sont actuellement prisonniers.

Ceux d'entre eux qui désireraient bénéficier de cette mesure, devront adresser une demande au directeur général.

Ouverture d'un service hospitalier dans l'ancienne clinique Antoine-Chantin. — L'administration générale de l'Assistance publique vient d'ouvrir un service hospitalier dans les locaux de l'ancienne clinique Antoine-Chantin, située 33, rue Antoine-Chantin, à Paris.

Ce service qui comprend 80 lits est réservé aux malades relevant des services de chirurgie générale, chirurgie osseuse et gynécologie.

Hôpitaux de Lyon. — Depuis le 1er novembre, le service d'urgence de l'Hôtel-Dieu est transféré à l'hôpital Edouard-Herriot.

Université de Paris. — M. Jérôme Carcopino, directeur de l'Ecole normale supérieure, ancien directeur de l'Ecole française de Rome, a été nommé recteur en remplacement de M. le professeur Gustave Roussy.

Faculté de Médecine de Paris. — La Bibliothèque sera ouverte uniquement pour le personnel enseignant, tous les jours de 14 à 16 heures.

Comité scientifique du ravitaillement. — Il est institué auprès du Secrétariat d'Etat au Ravitaillement un Comité scientifique du ravitaillement qui aura pour mission de présenter au Secrétaire d'Etat au Ravitaillement toutes suggestions correspondant aux nécessités actuelles du ravitaillement, compte tenu des besoins de la population et de la conservation de sa santé.

Ce Comité comprend : M. le professeur Gabriel Bertrand, de l'Académie des Sciences ; M. le professeur Chouard, du Centre National de Recherches scientifiques ; M. le docteur Lenoir, de l'Académie de Médecine ; M. le docteur Lesné, de l'Académie de Médecine ; M. le professeur Ombrédanne, de l'Académie de Médecine ; M. le professeur Rathery, de l'Académie de Médecine ; M. le recteur Roussy, de l'Académie des Sciences et de l'Académie de Médecine ; M. le docteur Charles Richet, de l'Académie de Médecine ; M. le professeur Tanon, du Conseil supérieur de l'Hygiène et de l'Académie de Médecine. M. l'intendant Ley et M. le pharmacien colonel Massy participeront aux séances.

En outre, le Comité pourra convoquer, pour certains travaux, toutes personnalités qu'il jugera utile. (*J. O.* du 30 octobre 1940.)

Guerre (*réserve*) [*Suite et fin*]. — Par arrêté du 2 septembre 1940, sont promus, à compter du 25 juin 1940 :

Au grade de médecin lieutenant : MM. les médecins sous-lieutenants :

Rang du 5 octobre 1939 : Beyer (P.-A.), Bocquet (M.-J.), Boué (L.-L.-J.), Crapez (A.-J.-M.), Desanti (E.-D.), Etcheverry (F.-J.),

Herr (R.-W.-M.), Lemaire (J.-D.-P.), Millot (J.-C.-F.), Roy (J.-C.-A.). — Rang du 17 novembre 1939 : Valentin (G.-D.). — Rang du 3 décembre 1939 : Solomon (B.). — Rang du 22 décembre 1939 : Berliawski (I.). — Rang du 28 décembre 1939 : Patel (A.-G.-J.).

Rang du 1er janvier 1940 : Pichon (J.-L.). — Rang du 11 janvier 1940 : Vieu (L.-J.-P.). — Rang du 16 janvier 1940 : Arnold (E.-G.). — Rang du 21 janvier 1940 : Berl (L.). — Rang du 27 janvier 1940 : Oster (M.). — Rang du 28 janvier 1940 : Boriès (P.-L.-E.), Chauvenet (J.-M.), Tulcy (L.-H.-M.), Maire (J.-C.-N.), Ziccavo (B.-G.). — Rang du 29 janvier 1940 : Bedard (G.-H.-M.-P.), Berrier (G.-V.), Grégoire (M.-J.-A.), Salvi (F.-D.-A.). — Rang du 30 janvier 1940 : Malruchot (D.-L.-P.).

Rang du 1er février 1940 : Archaimbault (J.-A.-A.), Bardin (J.-S.-J.-M.-F.), Buisson (G.-A.), Goumot (H.-C.), Guerin (M.-L.-M.), Le Coq (J.), Negri (R.-C.-A.), Palis (P.-M.-A.), Piquet (J.-R.), Prost (J.-J.-D.), Ronzeaud (R.-H.-P.), Tortat (M.-J.-L.-J.), Valette (M.-M.-E.). — Rang du 2 février 1940 : Amiech (P.-C.), Carlotti (J.-P.), Chansel (A.-E.), Fournier (P.-F.-M.-J.), Gere (H.-L.-G.), Guericolas (J.-M.-E.-H.), Jouanet (J.-B.-G.), Loquin (P.-L.), Montagne (P.-P.), Nahon (S.), Naman (E.-R.), Servières (H.-A.-V.), Stagnaro (C.-T.), Tuffou (M.-E.-M.), Viers (J.-J.-M.). — Rang du 3 février 1940 : Bachmann (R.), Bayart (M.-F.-A.), Bernard (P.-D.), Destais (Y.-M.-G.-G.), Lemaître (A.-E.-A.-A.), Moyon (J.-A.-J.), Puech (M.-F.-G.-A.-F.), Richard (C.-V.-H.-J.). — Rang du 4 février 1940 : Blavin (F.-L.-F.), Bonnaud (L.-C.-M.), Bossis (E.-L.), Defranee (M.-C.-A.), Mathey (J.-S.-D.), Sourgen (L.-J.-C.), Vérité (A.-E.-G.). — Rang du 5 février 1940 : Clemenceau (J.-G.), Fournier (P.-G.-A.-W.), Maurin (A.-J.-J.-M.), Peliet (M.). — Rang du 6 février 1940 : Lafoureade (J.-L.-S.-A.), Leblanc (A.-F.-G.). — Rang du 7 février 1940 : Berthet (J.). — Rang du 9 février 1940 : Gadot (J.). — Rang du 10 février 1940 : Godefroy (M.-L.-A.). — Rang du 12 février 1940 : Ewseroff (R.-S.).

Rang du 1er mars 1940 : Barucq (J.-L.-G.), Bonnet (J.-F.), Bouchart (R.-E.-A.), Boullet (G.-P.-F.), Bours (J.-C.-H.), Breant (P.-A.-E.), Darde (G.-J.), David (P.-J.-L.-G.), Deffrennes (E.-J.), Dezaunay (E.-H.-M.-O.), Feraud (M.-L.), Jacquemin (A.-E.-H.), Laredo (A.-H.); Mignot (Y.-H.-J.), Musy (J.-G.-L.), Picard (G.-A.), Poinas (J.-E.), Raynaud (J.), Tuloup (G.-F.-H.-A.), Turotte (P.-A.), Verrier (J.-P.-P.). — Rang du 2 mars 1940 : Labourc (M.). — Rang du 5 mars 1940 : Baudon (J.-V.), Blanchon (P.-T.-E.), Bouschon (M.-A.-J.), Guth (R.-C.-N.), Maignan (C.-M.-E.), Mattei (M.), Pruvot (G.-A.-F.), Tarle (E.-A.-A.). — Rang du 6 mars 1940 : Gelsmar (P.). — Rang du 21 mars 1940 : Alison (J.-E.-M.-F.), Lebovici (S.-S.-C.), Mendelsohn (B.-A.-P.), Minkowski (A.), Soulier (J.-P.-Y.).

Rang du 1er avril 1940 : De Grandidier (A.-M.-J.). — Rang du 5 avril 1940 : Aecarias (J.-G.), Accassat (F.-P.-L.), Bardy (M.-L.), Bavay (J.-I.), Bayle (J.-P.-M.), Bouriez (J.-E.), Buding (L.-F.), Caillard (P.-A.), Cauvez (J.-M.-E.), Daversin (H.-J.-N.-J.), De Chirae (B.-J.-G.), Doremieux (E.-L.), Dufour-Lamartinie (J.-A.), Duport (C.-A.), Duteil (G.-E.), Fritsch (M.-A.-L.), Gres (R.-P.-L.), Logeard (J.-H.), Lonjon (A.-F.-L.), Mongardien (G.-R.-B.), Morel (V.-N.-G.), Picoureix (H.-L.-A.), Pilla (P.-J.-M.), Sansot (M.-F.-G.), Tabarly (F.-P.-R.-L.), Tarrene (M.-J.-S.), Tixier (A.-L.), Tremel (P.-C.-Y.-M.), Vallette (A.-E.-M.), Vanmullen (R.-F.-L.), Veyrat (P.-M.-E.). — Rang du 16 avril 1940 : Siraga (W.-H.). — Rang du 17 avril 1940 : Clave (G.-H.). — Rang du 28 avril 1940 : Kernee (J.-C.).

Rang du 9 mai 1940 : Wambergue (J.-A.-A.-G.). — Rang du 12 mai 1940 : Fenis (P.-F.-A.). — Rang du 14 mai 1940 : Barré (P.-E.-A.).

Rang du 14 juin 1940 : Grevin (J.-L.). — Rang du 25 juin 1940 : Azalbert (J.-A.-M.-P.-L.), Bereni (J.-P.), Berthy (R.-V.-I.), Blanc (G.-P.-A.), Chopin (M.-G.-E.), Cournand (R.-E.-F.-L.), Darène (M.), Denjean (H.-M.), Ducasse (P.-G.), Fauret (P.-J.-M.-M.), Fitte (L.-D.-G.), Guérin (H.-C.-R.), Kloz (J.-V.-M.), Lancon (J.-G.), Lapaine (E.-A.-M.-B.), Lautier (H.-G.-H.), Lévy (G.), Lumière (M.-M.-P.), Napoleoni (A.), Nègre (E.), Pacreau (G.-A.-A.), Parer (J.-P.-J.), Petiteau (R.-A.-S.), Piney (L.-C.), Poudenx (J.-B.-C.-G.), Ragouneau (L.), Rudeau (C.), Soule-Ruth (R.-F.), Vidouze (L.-A.-M.-R.), Vielle (J.-A.-L.).

(*J. O.*, 22 septembre 1940).

Secrétariat général à la famille et à la santé. — Médecins inspecteurs de santé. — Ont été nommés à titre temporaire, médecins inspecteurs de santé : M. le Dr Spilmann (Haute-Marne) ; M. le Dr Cayet (Aube) ; M. le Dr Gervois (Calvados), et M. le Dr Gresy (Hautes-Alpes). (*J. O.*, 8 novembre 1940.)

Académie des Sciences. — La séance publique annuelle aura lieu le lundi 23 décembre 1940.

Académie de Médecine. — La séance publique annuelle aura lieu le mardi 10 décembre 1940, à 15 heures.

Le Centre d'Entr'aide aux Etudiants mobilisés, créé par le Comité Supérieur des Œuvres Sociales en faveur des Etudiants, et qui, sous la direction de M. le Directeur de l'Enseignement supérieur, en liaison constante avec le Secours Universitaire de l'Université de Paris, a rendu d'immenses services durant les hostilités, continue son activité en faveur des étudiants prisonniers et aussi en faveur des étudiants maintenus sous les drapeaux ou venant d'être libérés.

Pour les étudiants prisonniers, d'abord, le Centre d'Entr'aide assure gratuitement des envois de colis de lainages, de linge, de vivres, leur permet de rester en contact avec la vie universitaire, s'efforce de leur faire parvenir des livres, et surtout des livres d'étude.

Quant aux étudiants encore mobilisés ou qui viennent d'être démobilisés, ils trouvent au Centre d'Entr'aide l'assistance dont ils ont besoin, tout renseignement sur leurs droits, du point de vue militaire ou universitaire, et sur la poursuite de leurs études.

Le Centre d'Entr'aide aux étudiants mobilisés a été en liaison régulière, durant 10 mois, avec des milliers d'étudiants. Il faut qu'on sache aujourd'hui les services qu'il veut rendre à nouveau et l'effort adapté aux circonstances qu'il a de suite accompli. Dès à présent, il assiste des étudiants prisonniers dans 85 pour 100 des camps en Allemagne.

Donnez-lui l'adresse des étudiants prisonniers. Consultez-le. Ecrivez ou venez au *Centre d'Entr'aide aux Etudiants Mobilisés*, 5, place Saint-Michel, Paris (5e), tous les jours, sauf le dimanche, de 9 heures à 12 heures, de 14 heures à 18 h. 30. Tél. DAN 71-42.

Aidez également de votre mieux le Centre d'Entr'aide et faites-lui parvenir des fonds (compte chèques postaux 2.027-66), tous objets et vêtements (pour les colis et son vestiaire), des livres, etc. Aidez-le à LES aider !

Au Salon d'Automne. — Mlle Lucienne Gaullieur, fille de notre collaborateur et ami, le Dr Gaullieur L'Hardy, expose au Salon d'Automne, salle 9, une toile représentant le Ponto Vecchio, à Florence. L'œuvre est bien construite, lumineuse, et rappellera fidèlement, à ceux qui en ont goûté le charme, toute la douceur florentine. Nos félicitations à l'artiste.

Nécrologie

Le médecin commandant André Minon (d'Hornoy, Somme), tombé au champ d'honneur à Evreux, le 9 juin 1940.

— Le docteur Philibert Genond, ex-interne des hôpitaux de Lyon.

— Le docteur Croizat (de Lyon).

Renseignements

Visiteur médical depuis 1923, français d'origine, références les plus sérieuses, représenterait pour Paris, spécialité *d'intérêt réel.* — Ecrire au journal, numéro 403.



MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

DÉNOMINATION	COMPOSITION et POSOLOGIE	INDICATIONS
CARDITONE Laboratoires LOBICA 25, rue Jasmin, Paris (16e)	*Extrait de Strophantus* *Sulfate de Spartéine* *Extrait de Muguet* 2 à 5 comprimés par jour	Cardiopathies valvulaires Myocardites - Péricardites Iusuffisance cardiaque
COLITIQUE Laboratoires du Dr P. ASTIER 42 et 41 à 47, rue du Docteur-Blanche Paris (16e)	*Vaccin curatif anticolibacillaire* Adopté par les Hôpitaux et le Ministère des Colonies *Voie buccale* : Une ampoule le matin à jeun, vingt minutes avant le petit déjeuner, dans un peu d'eau minérale ou de tisane non sucrée	Toutes affections à colibacilles Gastro-entérite, Pyélonéphrite, Cystite, Maladies infectieuses des organes génitaux féminins, Ictère, etc...
LACTOBYL Laboratoires LOBICA 25, rue Jasmin, Paris (16e)	*A base d'extraits opothérapiques* *Suractivités* 2 à 6 comprimés par jour	Toutes modalités de la constipation
LYXANTHINE ASTIER Laboratoires du Dr P. ASTIER 42 et 41 à 47, rue du Docteur-Blanche Paris (16e)	Composé anti-arthritique *Iodo-propanol sulfonate de sodium* *Bitartrate de lysidine* *Gluconate de calcium* Granulé effervescent Une cuillerée à café le matin à jeun	Goutte, Gravelle, Rhumatismes Névralgies rhumatismales, Arthrites Cellulites
PANTOPON "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Opium total* Comp. 1 cgr. : 1 à 4 par jour Amp. 1 cm³ (2 cgr.) : 1 à 2 p. j. Sirop : 1 à 4 c. à s. par jour	Toutes les indications de l'opium et de la morphine
PULMOREX (409 M) Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Dérivé soluble de la Sulfamide* *(Paraaminophényl-sulfamide méthylène sulfonate de soude)*	Traitement des voies respiratoires Infections du cavum Streptococcies - Gonococcies
SERENOL Laboratoires LOBICA 25, rue Jasmin, Paris (16e)	*A base de :* *Peptone, Phényl-Ethyl-Malonylurée* *Héxaméthylène, Tétramine, Extraits mous de belladone, de Passiflore, d'Anémone de Boldo, de Cratœgus* 2 à 5 comprimés, 1 à 3 cuillerées à café ou suppositoires dans les 24 heures	Déséquilibre neuro-végétatif Etats anxieux, Emotivité Palpitations, Dyspepsies nerveuses
SPASMALGINE "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Papavérine, Pantopon, Atrinal* Comp. : 1 à 2 p. j. Supp. : 1 à 2 p. j. Amp. 1 cm³ : 1 à 2 par jour	Tous les spasmes graves
THYROXINE "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Thyroxine synthétique* Solution : 10 à 15 gouttes p. j. Comprimés : 1 à 2 par jour Ampoules 1 cm³ : 1 à 2 intram. p. j.	Toutes les indications de la médication thyroïdienne
TONIQUE "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Toni-stimulant complet* Adultes : 2 à 6 c. à c. p. j. Enf. 8 à 15 ans : 1 à 2 c. à c. dans un peu de vin sucré	Toutes les anémies et asthénies
VEINOTROPE Laboratoires LOBICA 25, rue Jasmin, Paris (16e)	*Parathyroïde, Ovaire (ou Orchitine)* *Surrénale, Pancréas, Hypophyse* *Marron d'Inde, Hamamelis Virginica* *Noix vomique* 4 comprimés par jour	Maladie veineuse et ses complications Puberté, Age critique

ACTUALITÉS

LES COTES CERVICALES ET LE « SYNDROME DU SCALÈNE ANTÉRIEUR »

Par M. Marcel Lance

La présence d'une côte sur la 7e v. c. peut donner lieu à des symptômes bien connus (Voir l'article de Ch. Garnier, dans le tome II du *Traité de chirurgie orthopédique*). Ce sont surtout (75 %) des *symptômes nerveux* dus à l'irritation des troncs inférieurs du plexus brachial par la côte cervicale : névralgies, troubles de la sensibilité à topographie radiculaire de la 8e paire cervicale, et 1re dorsale, à la partie interne du bras, de l'avant-bras et de la main ; des troubles sympathiques (main pâle, froide, sudation). Plus rarement, et dans les cas de compression plus forte, de l'atrophie musculaire et des paralysies affectant deux types : le type médian (paralysie du court abducteur et opposant du pouce), ou, bien plus souvent, le type cubital (paralysie de tous les muscles courts de la main, sauf les deux précédents, griffe cubitale).

Beaucoup plus rares sont les *troubles vasculaires*, très étudiés depuis une dizaine d'années. Ils semblent évoluer, selon leur gravité, en trois stades :

1° Une période de crises espacées, déterminées par l'exposition au froid (main dans l'eau froide), le port d'un objet lourd, un travail pénible, ou encore l'élévation du membre supérieur au-dessus de la tête, l'inclinaison de la tête du côté opposé (séjour au lit couché sur le côté). Le membre est pesant, froid, le siège de fourmillements, de sudation. Les doigts sont pâles (surtout 3e, 4e, 5e), et l'avant-bras présente un œdème violacé. Le pouls radial est diminué et disparaît par abaissement de l'épaule, renversement de la tête en arrière pendant l'inspiration. Les crises se rapprochent peu à peu, l'œdème devient persistant, la peau des doigts desquame, les ongles s'atrophient.

2° On peut alors observer, dans le creux sus-claviculaire, une tuméfaction pulsatile, qui est parfois le siège de thrill, c'est l'artère sous-clavière dilatée *en aval* de la compression. Elle est le siège d'une endartérite avec thrombose progressive. Ces lésions se traduisent par une pesanteur, une impotence de tout le membre, de véritables crises de claudication intermittente, la disparition au doigt et au sphygmomanomètre du pouls huméral, radial, cubital.

3° Enfin, exceptionnellement (Perazzo en 1933 n'a pu en réunir que douze cas anciens non opérés, et treize plus récents opérés), on observe la formation de phlyctènes au bout des doigts (index, médius), la peau se dessèche, se plisse, il se forme des ulcérations profondes avec atteintes des os et élimination de séquestres. Les artères de l'avant-bras, oblitérées, forment des cordons durs ; l'amputation peut s'imposer.

On admet, de manière générale, que les troubles nerveux sont liés à la présence d'une côte cervicale courte, les troubles vasculaires à une côte longue.

Dans le premier cas, le tronc primaire inférieur du plexus brachial est comprimé par l'extrémité de la côte, ou la bride fibreuse la prolongeant en bas et en avant vers la côte thoracique, bride qui représente les vestiges des muscles intercostaux, ou encore, en cas d'absence de côte cervicale, par l'apophyse transverse hypertrophiée de la 7e v. c. (Sénèque et article de Ch. Garnier, loc. cit.).

Dans le cas de troubles vasculaires, les constatations opératoires montrent la sous-clavière très superficielle, soulevée par la terminaison de la côte cervicale s'articulant par un renflement en spatule avec un tubercule osseux de la première côte, bridée en avant par l'insertion sur la première côte du large tendon du scalène antérieur, et parfois en arrière par une bride étendue du scalène antérieur au scalène moyen, faisant partie de l'aponévrose profonde du cou très épaissie.

La pathogénie des accidents vasculaires observés a donné lieu à de multiples discussions que nous ne pouvons que résumer très brièvement.

L'origine purement mécanique des accidents n'est plus soutenable aujourd'hui. L'artère n'est pas comprimée seule, mais aussi le plexus sympathique périartériel (Gordon, Todd). L'irritation répétée de ce plexus par la côte produit des spasmes de l'artère et, à la longue, des lésions d'endartérite oblitérante aboutissant à la thrombose. Mais cela ne suffit pas à expliquer deux choses : la formation d'une dilatation anévrysmale *en aval* de la compression, le spasme de tous les vaisseaux du membre pouvant aboutir à la gangrène des doigts.

La formation de la dilatation en aval a été expliquée par Halsted (expérimentation) qui a montré la disparition des éléments élastiques des parois artérielles en aval d'un contact rigide. Si certains auteurs (Eden, *British J. of Surg.*, 105, juillet 1939, p. 111), expliquent la gangrène des doigts par l'oblitération des artères du membre par des embolies parties du thrombus de la sous-clavière, l'immense majorité admet que l'oblitération des artères du membre est progressive et succède à des spasmes vasculaires répétés. Ces spasmes ne peuvent s'expliquer par l'irritation du plexus sympathique de la sous-clavière car son action s'arrête à la sous-clavière et à la partie supérieure de l'axillaire (Kremer, Hovelacque). Les artères des bras et avant-bras reçoivent leurs filets sympathiques directement des nerfs du membre. Todd, le premier, a suggéré que ces troubles vasculaires à distance sont dus à la compression, simultanée à celle de l'artère, du tronc inférieur du plexus brachial. L'innervation sympathique des artères du membre supérieur est fournie par les filets sympathiques répartis dans le plexus brachial et, en grande majorité, dans le tronc inférieur. Ces filets amyéliniques occupent la partie périphérique du tronc et peuvent même être réunis en un faisceau à sa partie inférieure (Telford et Stopford), parfois même séparés du tronc sur une partie du trajet. C'est l'irritation de ce tronc ou de ses racines sympathiques supplémentaires qui est en cause.

Les constatations opératoires ne sont pas en faveur de cette thèse ; on ne trouve pas, la plupart du temps, la compression du tronc par la côte qui est une côte longue, située plus bas et plus en avant que le tronc nerveux. D'ailleurs dans les cas de troubles vasculaires, il n'y a pas, le plus souvent, de troubles moteurs et sensitifs, tous les troubles sont d'origine vasculaire ou sympathique. De plus, l'ablation de la côte cervicale, la décompression, ne suffisent pas toujours à arrêter le processus qui continue à évoluer (cas de Schiassi, Perazzo, Sénèque et Lelong, deux cas de Mac Fée).

Il faut donc rechercher l'explication dans les lésions de l'artère. C'est Leriche qui a insisté sur ce rôle. Une artère oblitérée n'est plus qu'un nerf douloureux, un névrome, origine par voie réflexe de spasmes vasculaires. Et « ces phénomènes vaso-constricteurs à répétition peuvent suffire à créer à distance des oblitérations artérielles » (Leriche). Ce n'est plus la côte cervicale qu'il faut enlever, mais le tronc artériel oblitéré, pour voir cesser le processus.

***

On a noté, depuis plusieurs années, que l'on pouvait observer les signes nerveux et surtout vasculaires des côtes cervicales bien que la radiographie, faite cependant avec toutes les précautions voulues, ne montre ni côte cervicale, ni hypertrophie de l'apophyse transverse. Il ne faut pas pour cela rejeter l'hypothèse d'une compression. Elle peut être évidente pour la sous-clavière (dilatation pulsatile et thrombose progressive).

On a signalé, depuis longtemps déjà, un certain nombre de cas de compression du tronc inférieur du plexus ou de la sous-clavière par une première côte anormale en volume ou dans son siège. (Thornburn, Murphy et Morley, Brickner). Stopford et Telford en auraient observé dix cas personnels en deux ans.

Mais en l'occurrence, c'est surtout le scalène antérieur qui a été incriminé comme agent de compression. C'est ce que Ochner a appelé le syndrome du scalène antérieur.

Depuis longtemps déjà J.-B. Murphy, et plus récemment Adson, Objenick, Gladstone et Wakeley, Mac Craig et Knepper, ont insisté sur le rôle capital joué par la section du tendon du scalène antérieur au cours de l'intervention pour lever la compression de la sous-clavière par côte cervicale. On constate souvent des anomalies du muscle : hypertrophie, extension fibreuse soulevant ou entourant l'artère (Gordon, Donaldson, Adson et Coffey, Objenick, Evans).

Des travaux récents ont montré que le scalène était à lui seul capable de comprimer l'artère puisque sa section faisait disparaître les symptômes. Cette section permet à l'artère et aux nerfs du plexus de prendre une situation plus antérieure, relâchée. Aussi, même dans le cas de côte cervicale, des chirurgiens américains (Craig et Kneffer) conseillent, dans les cas légers, d'opérer en deux temps : se contenter de la section du scalène antérieur qui suffit le plus souvent, quitte à opérer à nouveau pour réséquer la côte si c'est indispensable — et ne faire d'emblée cette résection, opération plus complexe et dans laquelle on risque de léser le plexus, que dans les cas graves.

Des publications nombreuses ont été faites aux Etats-Unis sur le syndrome du scalène, par Ochner, Alton, Gage, Mims et de Bakey, Adson (*Texas State Méd. J.*, 28 mars 1933, p. 739), Michaël (*Am. J. Surg.*, 28 juin 1935, p. 669), Naffziger (*Surg. Gyn. and Obst.*, vol. 64, janvier 1937, Editorial), W. Mac Craig et P.-A. Kneffer (*Annals of Surg.*, vol. 105, n° 4, avril 1937, p. 556), Bishop (*Archiv of Surgery*, vol. 39, n° 2, août 1939, p. 231). Enfin, le 26 avril 1939, à la New-York Surgical Society, R.-H. Paterson, B.-Ch. Smith et W.-M. Fee ont lu chacun un mémoire sur ce sujet et W.-D. Andrus, J.-H. Hamford ont pris part à la discussion. Ces travaux ont été publiés dans les *Annals of Surgery* (vol. III, n° 4, avril 1940, p. 531).

Symptômes. — La lecture des observations montre que le syndrome se présente parfois comme un mélange de signes nerveux légers et vasculaires, et parfois par des signes vasculaires seuls. Les malades accusent souvent une douleur à la région deltoïdienne, sur l'épaule et la région externe du bras. Elle peut irradier à la partie postérieure du cou vers l'apophyse épineuse de la 7e v. c. ou au bras au territoire du cubital ou du médian, par exception, une douleur précordiale simulant l'angine de poitrine (B.-Ch. Smith), ou des palpitations nocturnes. La douleur est soulagée si le malade soulève l'épaule en s'appuyant sur un meuble, s'il incline la tête de côté. Elle est exagérée par l'abaissement de l'épaule (port d'un poids lourd, certains exercices, un travail dur). Elle apparaît surtout à la fin de la journée. Elle est réveillée par les mouvements de la tête mettant le scalène en tension. Enfin, signe capital, on constate que l'insertion du scalène antérieur sur la première côte, derrière la clavicule et le tendon claviculaire du sterno-cleido-mastoïdien, est douloureuse à la pression. Plus rarement on note l'atrophie des muscles du territoire du médian ou cubital à la main, ou des troubles de la sensibilité.

Les troubles vasculaires, plus fréquents, sont en général légers. Ce sont ceux que nous avons indiqués plus haut, au premier stade de compression pour les côtes cervicales. Mais la compression pour le scalène peut amener la thrombose de l'artère (cas de Smith) avec des crises de claudication intermittente, des troubles trophiques et la disparition du pouls radial. Il y a même des cas graves avec impotence complète du membre qui est porté en écharpe, et la radio montre une décalcification des os de l'épaule simulant une arthropathie.

Fréquence. — Sur 31 cas présentant un syndrome de côte cervicale, Hugo Paterson a relevé 6 cas de syndrome du scalène antérieur, 3 légers n'ont pas été opérés. Il s'agissait de six femmes, toutes avant 40 ans. W.-D. Andrus, sur 7 cas de symptômes de côte cervicale a trouvé 2 syndromes du scalène — opérés et guéris — il s'agissait de femmes dont l'une avait 52 ans — Mac Craig et Kneffer, sur 6 observations ont trouvé 3 cas dus au scalène, opérés et guéris ; il y avait deux hommes jeunes et une femme.

Diagnostic. — Il est très difficile.

Tout d'abord l'absence ou non de côte cervicale à la radiographie est de constatation délicate. Des épreuves de face, de profil et surtout de trois quarts sont indispensables. Sur l'épreuve de profil une côte incomplète ne se traduit que par une mince raie grise traversant en oblique le corps de la 7e v. c. Si l'on ne constate pas de côte cervicale ou d'hypertrophie de l'apophyse transverse, avant d'affirmer un syndrome du scalène, il faut, d'après Ochner, éliminer successivement : les bursites sous-deltoïdiennes ; les lésions et ruptures du tendon du sus-épineux, la sympathalgie cervico-thoracique, la névrite biachiale primitive, et enfin le syndrome de M. Raynaud. Ch. Smith y ajoute l'angine de poitrine. R.-H. Paterson montre par des exemples personnels combien d'autres lésions peuvent donner des signes analogues : 2 cas de spina-bifida occulta de la 7e v. c. et de la 1re v. d., des arthrites cervicales de la 5e et de la 6e v. c., une subluxation ancienne de l'épaule comprimant le plexus, la douleur de l'épaule et du bras gauche dans les cardiopathies, le début d'un mal de Pott cervical, les tumeurs du sommet de la poitrine, l'angéite oblitérante du membre supérieur.

Certes, la plupart de ces cas sont des cas exceptionnels, certains sont fréquents comme les bursites sous-deltoïdiennes et les calcifications du tendon du sus-épineux. Or, W.-A. Bishop (*Archiv. of Surg.*, vol. 39, n° 2, août 1939, p. 231), rapporte 11 observations de malades présentant le syndrome du scalène antérieur, qui a complètement disparu par l'ablation de la calcification du tendon. Il s'agit donc d'un diagnostic délicat, mais l'existence de la compression de l'artère et du tronc nerveux par le scalène antérieur ne peut être mise en doute.

Constatations et résultats opératoires. — Les interventions ont, en effet, permis de constater dans ces cas, que le muscle était très hypertrophié (Hugo Paterson, Ch. Smith, Mac Craig et Kneffer), atteignant parfois plus du double de son volume normal. L'aponévrose profonde du cou, tendue en arrière de l'artère, est aussi très épaisse (G. Paterson), et on peut trouver l'artère entourée d'une gangue de tissu inflammatoire (Eden).

La section du scalène antérieur fait disparaître en entier les symptômes (Andrus 2 guérisons, Mac Craig et Kneffer 2 guérisons, Paterson 3 guérisons, etc.), lorsque l'artère ne présente pas de lésions importantes. Lorsqu'elle est thrombosée, comme dans le cas de Smith, il ne put obtenir qu'une amélioration : le pouls radial se rétablit et les palpitations disparurent.

Tel est, dans ses grandes lignes, le syndrome du scalène antérieur qui a déjà fait couler tant d'encre de l'autre côté de l'Atlantique.

LIVRES NOUVEAUX

Psychiatrie, par André Barbé, médecin de la Salpêtrière. Préface du Dr Séglas. — Deuxième édition entièrement refondue. — Un volume de 198 pages (Collection des Initiations Médicales), 28 francs. Masson et Cie, éditeurs, Paris.

La première édition de ce livre, paru il y a quelques années, n'a pas été entièrement remaniée, seules quelques additions nécessaires ont été faites.

De toutes les branches de la médecine, la psychiatrie est peut-être celle qui demande le plus de méthode et d'esprit d'observation dans l'interrogatoire et l'examen des malades. Alors que dans la pratique courante, le clinicien se base sur les renseignements fournis par le malade lui-même, ici, au contraire, ces renseignements sont le plus souvent sujets à caution, et cela pour des raisons multiples. De plus, ce sont parfois des détails insignifiants (en apparence) qui mettent sur la voie du diagnostic.

Même sous sa forme la plus élémentaire, cet examen mental exige, pour qui l'aborde, la connaissance et la mise en œuvre de données séméiologiques très spéciales.

Ce sont elles que le Dr Barbé apporte dans ce livre à ceux qui veulent « s'initier » à la clinique psychiatrique.


UNE CURE
IODÉE
XX GOUTTES AVANT
CHAQUE REPAS
IODONUCLEOL
SANS DANGER
D'IODISME
Cr. Office d'Éditions d'Art
J. EURY, Docteur en Pharmacie
LABORATOIRE MAUCHANT
GENNEVILLIERS (Seine)

L'ORGANISATION DES VINGT RÉGIONS SANITAIRES

Les attributions des directeurs régionaux à la famille et à la santé

Une loi parue au *J. O.* du 19 septembre, divisait le territoire en vingt régions sanitaires, comprenant le personnel suivant :

Vingt directeurs régionaux de la famille et de la santé ; trois inspecteurs généraux de la santé ; trois inspecteurs généraux de la famille et de l'enfance ; trente délégués régionaux à la famille; quatre-vingt-seize médecins inspecteurs de la santé ; cent quatre-vingt-dix médecins inspecteurs adjoints de la santé ; cinquante inspecteurs administratifs de l'assistance ; cinquante inspecteurs adjoints administratifs de l'assistance ; cinquante inpecteurs de l'enfance ; cinquante inspecteurs adjoints de l'enfance.

La même loi supprimait :

1° Les services d'inspection départementale d'hygiène ; 2° les services des bureaux municipaux d'hygiène ; 3° les services sanitaires maritimes et aériens et les postes sanitaires aux frontières ; 4° les services de l'inspection de l'assistance publique.

Le *Journal Officiel* du 9 novembre publie **la loi du 15 octobre 1940 fixant les attributions des directeurs régionaux à la famille et à la santé.** — En voici le texte :

Article premier. — A titre transitoire et jusqu'aux nouvelles décisions à intervenir concernant la réorganisation administrative du territoire, le directeur régional de la famille et de la santé, placé sous l'autorité directe du ministre secrétaire d'Etat à l'intérieur, exerce en son nom et par délégation immédiate, les attributions fixées ainsi que suit.

Art. 2. — Il est le chef des services d'hygiène publique et sociale, des services d'assistance, des services de protection de l'enfance et d'aide à la famille, des départements qui composent sa région.

Il a qualité pour réclamer l'imputation au budget d'un département de sa région, des crédits nécessaires au fonctionnement de ces services.

Art. 3. — Il est chargé de l'établissement et de la réalisation d'un plan d'équipement sanitaire et hospitalier pour l'ensemble de la région.

A cet effet, il propose, après avis des préfets, toute mesure administrative ou financière nécessaire à cette réalisation.

Art. 4. — Il est le chef de l'organisation hospitalière de la région.

A ce titre, il contrôle les établissements hospitaliers publics, tels qu'hôpitaux et hospices départementaux, communaux et intercommunaux, hôpitaux psychiatriques, sanatoria, préventoria, maisons maternelles, maternités, pouponnières, crèches dans les conditions fixées par les lois et règlements en vigueur.

Les nominations et révocations des directeurs, des médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux et hospices départementaux, communaux et intercommunaux, sont faites sur sa proposition.

Il a de même qualité pour provoquer le remplacement des membres des commissions administratives des hôpitaux et hospices.

Dans les établissements de caractère privé, de même nature que ceux énumérés au présent article, les directeurs, les médecins, chirurgiens et spécialistes, ne peuvent exercer leurs fonctions que si leur nomination a été agréée par lui.

Les établissements créés par des personnes, des sociétés ou des institutions privées en vue du traitement médical, chirurgical, obstétrical, neuro-psychiatrique, ainsi que de la prévention et de la convalescence, sont placés sous son contrôle, qui s'exercera dans les conditions fixées par les lois et règlements en vigueur.

Art. 5. — Il est le chef des services médico-sociaux de la région.

Les nominations et révocations des médecins et des chefs administratifs des dispensaires, consultations et services de même nature, de caractère public, qui concourent à la lutte contre la tuberculose, les maladies vénériennes, la mortalité infantile, l'alcoolisme, le cancer, et toute autre maladie sociale, ne peuvent intervenir que sur sa proposition.

Aucun organisme de même nature, à caractère privé, ne peut être créé et fonctionner sans son autorisation. La nomination des chefs administratifs et techniques responsables du fonctionnement de ces organismes, doit être soumise à son agrément préalable.

Art. 6. — Il est le chef des services d'assistance sociale de la région.

Les infirmières visiteuses et assistantes sociales, qu'elles appartiennent aux services publics d'hygiène et d'assistance et qui relèvent à ce titre de son autorité directe, qu'elles appartiennent à d'autres services publics, ou à des institutions privées, quelle qu'en soit la nature, et qui relèvent à ce titre de son contrôle, participent obligatoirement à l'organisation régionale du service social et au fonctionnement de ce service, qui est réglementé par ses soins.

Art. 7. — Pour la stricte application des lois et règlements concernant l'exercice de la médecine, de la pharmacie, de l'herboristerie, de l'art dentaire et, d'une manière générale, de toute profession qui se rattache à l'activité médicale et paramédicale, il institue une liaison active et permanente avec les organismes corporatifs de ces diverses professions.

Art. 8. — Il est assisté d'un personnel d'inspection et de contrôle, placé sous son autorité directe et qui comprend :

1° Un ou plusieurs médecins inspecteurs de la santé et un ou plusieurs médecins inspecteurs adjoints de la santé ;

2° Un ou plusieurs inspecteurs administratifs et inspecteurs administratifs adjoints de l'assistance ;

3° Un ou plusieurs inspecteurs et inspecteurs adjoints de l'enfance ;

4° Un ou plusieurs délégués régionaux à la famille.

Il répartit les services entre ces fonctionnaires dans la limite des attributions fixées pour chacun d'eux par les règlements les concernant.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 12 novembre 1940

La ration alimentaire du travailleur manuel. — M. Léon Binet, chargé par la Commission du Rationnement de l'Académie de Médecine d'un rapport sur l'alimentation du travailleur manuel, résume d'abord les travaux de l'Ecole française, de Charles Richet et L. Lapicque, d'Armand Gautier, de Landouzy et des frères Labbé. Il expose ensuite les travaux de J.-P. Langlois en 1919 sur la ration de l'homme moyen, c'est-à-dire de l'homme adulte pesant 70 kg, travaillant huit heures par jour : il y a, pour ce travailleur, la nécessité d'une ration de 3.000 calories nettes.

Le rapporteur donne ensuite l'opinion de physiologistes d'autres pays, d'après lesquels la ration alimentaire doit varier suivant la nature du travail manuel ; on doit se souvenir qu'un homme de 70 kg. dépense en calories nettes chaque jour 2.868 calories pour un travail moyen et 3.362 calories pour un travail intense.

Le problème qualitatif a son intérêt : il y a un minimum de graisses, un minimum d'hydrates de carbone, un minimum de matières albuminoïdes. Sur ce dernier point, l'auteur résume les observations prises sur les athlètes réunis en 1936 pour les Jeux Olympiques et qui consommaient une forte quantité de viande. N'était-ce pas là l'opinion envisagée par Charles Richet lorsqu'il soutenait que c'est avec du muscle d'animal qu'on fait plus facilement du muscle d'homme ?

On ne saurait passer sous silence les travaux modernes concernant la nécessité du chlorure de sodium pour les travailleurs qui transpirent abondamment, du phosphore qui permet de lutter contre la fatigue, de la vitamine dite B_1 appelée quelquefois vitamine musculaire.

M. Léon Binet termine son rapport par le résumé de deux expériences, poursuivies sur l'animal et sur l'homme, montrant la relation entre l'alimentation et l'activité motrice.

La diffusion du « Treponema pallidum » dans l'organisme. — MM. C. Levaditi, A. Vaisman et D. Rousset-Chabaud. — Lorsqu'on introduit le virus syphilitique dans l'organisme de la souris blanche, on détermine une dispersion du tréponème dans certains organes et le revêtement cutané, sans que cette dissémination se traduise par des signes cliniques appréciables (infection inapparente). Les auteurs ont étudié les effets des inoculations effectuées par voie sanguine et névraxique. Le système lymphatique est le premier à se révéler virulent et en état de parasitose ; son infectiosité est constante, alors que celle du sang circulant est particulièrement variable. Or, malgré cette dispersion massive du tréponème, le cerveau des souris inoculées par voie transcranienne n'offre pas de modifications histopathologiques appréciables et encore moins des spirochètes décelables sur coupes imprégnées à l'argent ; seule une virulence précoce et *quasi*-constante témoigne de la présence du virus dans les tissus de l'encéphale. Ainsi, pour qu'il y ait pullulation active du *Trepenoma pallidum* dans le système nerveux, d'autres condi-

tions sont nécessaires, conditions que seules les zones électives de revêtement cutané et certains autres organes réalisent. Tout le problème pathogénique de la neuro-syphilis (tabes et paralysie générale) réside dans cette défense antispirochétienne du système nerveux normal, défense par la création de souches tréponémiques particulièrement neurotropes d'une part, l'intervention d'un état allergique apparaissant à la période tardive de la tréponémose acquise ou héréditaire (associée à des facteurs tels le surmenage et surtout les intoxications).

Résultats obtenus dans une maternité par l'emploi préventif des sulfamides après les accouchements. — M. Gueniot.

La valeur nutritive des aliments de remplacement. — M. Pierre Chouard (Communication présentée par M. Lenoir au nom de la Commission de rationnement de l'Académie de Médecine). — Les aliments de remplacement ne sont, le plus souvent, que partiellement équivalents aux aliments usuels, mais leur emploi s'impose en période de restrictions. Leur valeur nutritive n'est pas toujours suffisamment contrôlée, et demandera quelques expériences nouvelles. Leur emploi, pour être apprécié, exige des préparations culinaires appropriées. De toutes façons, l'utilisation des aliments de remplacement ne dispense pas de faire l'usage maximum des aliments usuels dans toute la mesure disponible.

Certains aliments de remplacement sont suffisamment connus pour pouvoir être recommandés sans autres restrictions que celles qui résultent des quantités disponibles : *caséine séchée* (même la caséine industrielle) — elle équivaut à trois fois son poids de viande, n'a aucun goût et s'incorpore facilement à toutes les préparations culinaires avant cuisson — *lait écrémé, fromages maigres, raisinés, moûts de raisin concentré, topinambours, orge*, etc. D'autres exigeraient une étude physiologique plus poussée, mais leur emploi occasionnel est certainement tolérable ou recommandable, à défaut d'autres ressources.

Election. — L'Académie a procédé à l'élection du *secrétaire général*, pour une période de cinq ans. M. le professeur Achard a été réélu à l'unanimité.

Séance du 19 novembre 1940

Les accidents par appareils de chauffage. — Rapport présenté par M. Binet au nom de la Commission constituée de MM. Delépine, M. Loeper, A. Mayer, Tanon et Léon Binet.

Ce rapport se termine par le vœu suivant :

« Emue par le nombre croissant des accidents par intoxication oxycarbonée survenant dans les salles de bains, l'Académie de Médecine émet le vœu que les prescriptions du Conseil supérieur d'hygiène qu'elle a elle-même approuvées soient toujours respectées.

« Il importe en particulier d'assurer une aération sérieuse de la pièce lorsque le chauffe-bain est en fonctionnement. Ces prescriptions doivent être appliquées à tous les appareils de chauffage et le public doit se préoccuper du contrôle de toutes les installations particulières en vue d'éviter le risque d'une intoxication souvent insidieuse et dont la gravité ne saurait échapper ».

Vœu adopté à l'unanimité.

Les sulfamides considérées comme catalyseurs. — MM. Jeanneney et Castanet. — Sous l'influence des sulfamides, on voit augmenter le pouvoir peroxydasique du sang. Cette augmentation se fait sous l'influence de produits de clivage de la sulfamide qui, grâce aux transporteurs d'hydrogène et au peroxyde du sang, attaque les glucoses et les transforme en acide glycuronique, dont le rôle est si important dans la défense contre les germes.

La réaction évolue en quatre périodes :

1° Hydrolyse de l'amide par le peroxyde ;
2° Dégradation des doses par l'hydroxylamide ;
3° Apparition d'acide uronique par oxydation ;
4° Glycémo-conjugaison holosidique.

L'action catalytique des sulfamides explique leur efficacité à faible dose, leur inhibition par les poisons décatalyseurs, la sulfamido-résistance, comparable à l'insulino-résistance dans les suppurations.

Le mécanisme catalytique intervient à côté de l'action de mordançage et de la formation d'azo-protéides pour entraîner une augmentation du pouvoir hémo-bactéricide du sang.

Ces faits contribuent à éclairer l'action antiinfectieuse si intéressante des sulfamides.

Election de deux membres titulaires dans la IIe section (chirurgie, accouchements et spécialités chirurgicales).

Sont élus : M. Rochon-Duvigneaud, ophtalmologiste des hôpitaux, par 50 voix sur 71 votants, et M. Hautant, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, par 36 voix sur 64 votants.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 6 novembre 1940

A propos de la rachianesthésie au cours du choc traumatique. — MM. Leveuf et J.-Ch. Bloch rapportent l'observation d'un blessé atteint de choc traumatique pur chez lequel une rachianesthésie fait remonter brusquement la tension artérielle de 7 à 10. M. Leveuf rapproche ce fait des constatations anatomiques qu'il a pu faire chez les opérés morts de choc post-opératoire et des études expérimentales faites chez le chat par O. Shaugnessy et Slœmes.

M. Roux-Berger croit que la rachianesthésie ne détermine pas les accidents graves classiques chez les hypotendus (en particulier en état d'occlusion).

M. Sorrel a utilisé, sans inconvénient, les rachianesthésies pour faire des désarticulations de hanche.

Sur le traitement des corps étrangers thoraciques. — En se basant sur un total de près de 300 observations M. Sauvé tire les conclusions suivantes :

— 27 plaies à thorax fermé n'ont nécessité aucune intervention primitive.

— Les plaies à thorax ouvert doivent être fermées après ablation du projectile. La tente à oxygène rend de grands services après l'intervention. M. Sauvé rejette la technique d'exérèse en deux temps.

— Les infections secondaires sont traitées par drainage à minima et les sulfamides.

Perforation iléale rapportée le 18 janvier 1939. Suite de l'observation. Maladie de Hodgkin. — M. Hertz. — M. Moulonguet rapporte la suite de cette observation ; le malade, un an près l'opération, a fait une nouvelle perforation dont il est mort. L'examen des pièces a permis d'établir le diagnostic de maladie de Hodgkin intestinale.

Sarcome de la cuisse guéri depuis 17 ans. — L'exérèse large des muscles a été faite par M. P. Duval. — M. Richard.

Election d'un membre associé parisien : M. Redon.

Séance du 13 novembre 1940

Les Sulfamides dans la Chirurgie des Traumatismes

Quelques principes théoriques sur l'emploi des sulfamides en chirurgie. — M. Tréfouel montre comment les chimistes partis du prontozil, matière colorante azoïque, ont abouti au principe actif qu'il renferme, le para-amino-sulfamide.

Différents facteurs règle l'activité bactériostatique de ce corps ; les deux principaux sont la *sensibilité* variable suivant l'individu d'une part, et suivant le germe en cause, et l'*accoutumance*. Il faut donc frapper vite et fort ce qui plaide en faveur d'une introduction directe, c'est-à-dire dans la plaie elle-même.

Une *forte concentration* locale de sulfamide est rendue nécessaire par le fait qu'au niveau des plaies se développent des peptones, substances qui neutralisent plus ou moins complètement l'action des sulfamides (Woods).

Etudes de Laboratoire sur l'action antibactérienne du 1162 F dans les plaies infectées. — M. Legroux. — Le 1162 F suspend la multiplication des cellules bactériennes ; expérimentalement, une culture de bacterium coli ayant séjourné dans une solution de 1 pour 2.000 de sulfamide ne pousse pas après séjour à l'étuve.

Cette action locale est courte ; aussi est-il indispensable d'y associer l'ingestion buccale afin de maintenir le taux des sulfamides dans le sang à un niveau suffisant.

Emploi systématique et préventif des sulfamides chez les blessés cranio-céphaliques. — MM. Garcin et Guillaume ont pu opérer et suivre les blessés du centre neuro-chirurgical de la IVe armée dans des conditions idéales.

Grâce à la sulfamidothérapie préventive ils n'ont observé aucun cas de méningite purulente immédiate ou secondaire, aucun cas d'abcès du cerveau à distance.

Chaque fois qu'il y avait une brèche cranio-cérébrale, ils ont injecté du septoplix dans les cavités ventriculaires et saupoudré

la dure-mère de poudre. En même temps on donnait aux blessés de fortes doses de dagénan (jusqu'à 10 comprimés pendant 10 jours) (traitement appuyé).

Aucun incident sérieux n'a été observé, mais il faut insister sur le fait qu'il s'agissait de sujets jeunes sans aucune tare.

Quelques résultats de sulfamidothérapie chez les blessés. — MM. d'Allaines et Cuny. — Tous les blessés vus précocement et opérés ont reçu du dagénan par voie buccale et poudre *in situ* ; tous ont évolué sans incident vers la guérison, sauf cinq chez lesquels une erreur de la thérapeutique chirurgicale a été commise.

Il semble que, localement, l'application du sulfamide puisse déterminer une nécrose très superficielle des tissus.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 septembre 1940

Hernie diaphragmatique droite. — MM. Fiessinger et Alajouanine. — Radiographiquement on constate : Estomac inversé et en volvulus siégeant dans la cavité thoracique droite, avec, au-dessus, une partie du colon transverse. Orifice herniaire médian et prévertébral. C'est l'observation d'une hernie congénitale méconnue jusqu'à l'âge de 63 ans, reconnue cliniquement par la dysphagie.

Tétanie grave rapidement guérie par une dose unique et massive de vitamine D. — MM. Ribadeau-Dumas, Max Lévy et Mignon. — Observation d'un enfant, présentant les signes d'une tétanie grave apparue de suite après la naissance : Suffocation d'abord, puis convulsions et contractures typiques. Chiffre de calcium très bas, soit 50 mg. Par le chlorure de calcium, légère amélioration. On donne au malade 15 mg. de vitamine D. L'enfant guérit et croît rapidement ; guérison maintenue après six mois de traitement. D'autres cas semblables ont été guéris par cette méthode, appliquée souvent en Amérique.

Acidose intestinale, cause d'erreur fréquente dans l'interprétation du coefficient de Maillard. — MM. A. Germain et Morand. — Parmi les acidoses pouvant élever le coefficient de Maillard, il faut signaler l'acidose par fermentations intestinales anormales. Cette acidose, souvent latente, peut provoquer une élévation notable du coefficient de Maillard, sans insuffisance hépatique. Pour déceler la cause d'erreur, il suffit de doser les acides de fermentations dans l'urine des vingt-quatre heures.

Sténose lâche de la troisième portion du duodénum favorablement modifiée par la position abdominale du nourrisson. — MM. Ribadeau-Dumas et Vignes. — Observation d'un nouveau-né atteint de vomissements incoercibles. A la radio : Gros estomac avec péristaltisme excessif, distension des premières portions du duodénum. La position ventrale supprime les vomissements. En fait, il s'agit d'une sténose lâche due au pincement du duodénum par le pédicule mésentérique. Dans beaucoup de cas il est apparu que la position sur le ventre calme les vomissements d'origine inconnue.

Le potassium sanguin et le rapport $\frac{K}{Ca}$ au cours des affections thyroïdiennes. — MM. Decourt et Guillaumin. — Les auteurs ont fait le dosage du K et du Ca sanguin et l'étude du rapport $\frac{K}{Ca}$ dans neuf cas de maladie de Basedow et dans quatre cas de myxœdème.

Origine pancréatique de certains ictères prolongés avec hépatomégalie chez les enfants. — MM. Cathala, Bolzers et Walther. — Il s'agit d'un ictère du type cholostatique : A savoir ictère intense prolongé de teinte jaune vert, avec forte décoloration des matières, prurit, hépatomégalie, rétention pigmentaire et saline, variations spontanées et provoquées par le tubage duodénal. L'épreuve de la sécrétine est déficitaire. La maladie primitive est au pancréas. En somme, ce fait établit l'existence chez le jeune enfant des pancréatites aiguës, se traduisant cliniquement par un ictère catarrhal prolongé avec hépatomégalie sans hépatite.

Coagulation plasmatique sans retard de la coagulation. — MM. Aubertin et Gabe. — Le phénomène paradoxal en question paraît explicable par une amélioration anormale de la sédimentation globulaire examinée en sang citraté. Pour eux, la coagulation plasmatique est conditionnée surtout par le retard de la coagulation, et aussi, accessoirement, par l'accélération de la sédimentation globulaire.

SOCIETE DE BIOLOGIE

Séance du 19 octobre 1940

La gastrite préulcéreuse expérimentale. — MM. Chiray, L. Justin-Besançon et Ch. Debray, par les gastroscopies qu'ils ont réalisées à intervalle régulier, ont constaté qu'une gastrite érosive précède constamment l'ulcère expérimental au cincho-

phène du chien. Puis la gastrite s'éteint et il ne persiste que 2 ou 3 ulcères antraux creusants, qui ont tous les caractères anatomiques et histologiques de l'ulcère de Cruveilhier.

Essais de production du phénomène de Sanarelli-Shwartzman au moyen du venin de vipera aspis, de l'anavenin correspondant et d'un mélange floculé de sérum antivipérin (v. aspis) et d'antigène homologue. — M. Paul Boquet.

Sur le balancement circulatoire poumons-rate (talantémie spléno-pulmonaire). — MM. J. Troisier et M. Bariéty et Mlle D. Kohler, en comparant les variations de volume de la rate et des poumons sous l'action de divers agents pharmacodynamiques injectés par voie endoveineuse, ont observé une diminution du volume de la rate et une augmentation du volume des poumons, d'ordre circulatoire. Il ne s'agit pas d'une augmentation passive de la masse sanguine pulmonaire sous l'influence d'une élévation de la pression artérielle, mais de la mise en jeu de phénomènes régulateurs plus complexes dont l'ensemble concourt à établir un véritable balancement circulatoire (talentémie) entre les poumons et la rate.

L'allergisation préalable supprime-t-elle chez le cobaye les migrations pulmonaires engendrées par les bacilles tuberculeux morts enrobés dans l'huile de vaseline? — MM. A. Saenz et G. Canetti ont injecté à des cobayes préalablement allergisés par du BCG ou d'autres souches bacillaires atténuées, des bacilles tuberculeux morts enrobés dans de l'huile de vaseline. Ils ont observé que les migrations pulmonaires dues aux bacilles morts huileux étaient en effet, chez les cobayes allergiques, aussi importantes que chez les animaux neufs témoins. On peut en inférer que dans l'inhibition exercée par l'allergie sur l'activité des bacilles tuberculeux *vivants*, l'opposition faite à leur pullulement a une bien plus grande part que le ralentissement imprimé à leur dispersion.

Comparaison des corps élémentaires de la vaccine avec les corpuscules isolés à partir d'organes normaux. — MM. J.-C. Levaditi et J. Giuntini ont établi que pour différencier avec certitude les corps élémentaires de la vaccine préparés à l'aide de la méthode de Smadel et Wall (centrifugations différentielles et digestion trypsique), des granules isolés par cette méthode à partir d'organes normaux, il n'existe, en plus de leur virulence et de leur agglutinabilité par les antisérums, que des critères morphologiques. Ni leur comportement à l'égard de la lumière polarisée, ou de la lumière de Wood, ni leur conservation à la température de + 4° en présence ou non de glycérine, ne permettent cette différenciation.

Taille du virus de la lymphogranulomatose inguinale en rapport avec le cycle évolutif de ce virus. — MM. C. Levaditi, R. Schoen et D. Krassnoff. — Dans le cas particulier de l'ultravirus lymphogranulomateux, l'ultrafiltration donne sur la taille des unités virulentes des renseignements qui ne correspondent pas aux constatations microscopiques ayant trait au cycle évolutif de ce virus.

Ceci prouve combien les données fournies par l'ultrafiltration peuvent être aléatoires.

Association persistante, quoique réductible, du virus vaccinal et du virus de l'herpès. — MM. C. Levaditi et L. Reinié. — Deux ultravirus, celui du vaccin jennerien (neurovaccin) et celui de l'herpès, peuvent vivre indéfiniment en étroite association symbiotique dans le névraxe d'une espèce animale réceptive (lapin). Des techniques adéquates permettent non seulement la mise en évidence de chacun de ces ultragermes, mais encore de les dissocier à volonté. L'alternance des divers types d'association, considérée sur le plan histopathologique, ne semble régie par aucune loi préalable.

Contribution à l'étude du mécanisme de l'action inhibitrice du corps jaune sur l'ovulation chez la lapine. — MM. A. Brindeau, H. Hinglais et M. Hinglais montrent que l'action empêchante de la progestérone ne se produit pas dans l'ovaire même, mais résulte de l'empêchement de la décharge hypophysaire. En effet, la présence de corps jaunes actifs tandis qu'elle empêche l'ovulation par le coït, ne peut pas empêcher l'ovulation lorsqu'on introduit directement dans la circulation l'hormone gonadotrope, même à des doses inférieures aux doses mises en œuvre dans le processus physiologique normal. Il n'y a donc pas « blocage ovarien » mais « blocage hypophysaire ». Le mécanisme de ce dernier phénomène reste, bien entendu à élucider (action directe sur la glande ou sur la liaison nerveuse utéro-hypophysaire).

Séroprotection de la souris blanche contre la grippe expérimentale. — M. J. Vieuchange.

Sur la libération de l'antigène glucido-lipidique par les cellules mortes des bactéries à Gram négatif et plus spécialement des « Salmonella ». — MM. A. Boivin, A. Delaunay et R. Sarciron.

Sur la libération de l'antigène glucido-lipidique et de la neurotoxine par les cellules mortes du bacille de Shiga. — MM. A. Boivin, A. Delaunay et R. Sarciron.

Apparition de l'allergie chez les lapins vaccinés par le B. C. G. au moyen de scarifications cutanées. — MM. L. Nègre et J. Bretey.

Influence de la dépression atmosphérique sur l'excitabilité des nerfs moteurs. — M. et Mme A. Chauchard.

Action physiologique de l'écorce de pérobinha (Leptolobium elegans papilionacées). — MM. Clerc, Janot et Paris, par injections intraveineuses chez le chien, d'extrait aqueux d'écorce, ont observé une hypotension artérielle importante et durable, mais sans toxicité marquée, et avec réaction cardiaque passagère, apparaissant seulement après l'injection de doses élevées. Il existe une action vaso-dilatatrice du côté des membres inférieurs avec vaso-constriction au niveau des reins et de la rate.

Sur la conservation des propriétés biologiques du B. C. G. après dessication à froid, sous vide et conservation à la glacière. — M. J. Bretey montre que du B. C. G. desséché à l'état congelé et conservé à la glacière sous vide poussé en ampoules scellées, garde ses propriétés biologiques pendant très longtemps.

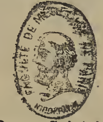
Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

N°s 77-78. — 27-30 NOVEMBRE 1940. 113e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX



CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : **15 fr.** — 6 mois : **30 fr.** — 1 an : **54 fr.**
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Cérémonies du Souvenir pour les Morts de la Famille médicale. — Le dimanche 1er décembre 1940, à 10 h. 30, au Temple de la Rédemption, 15, rue Chauchat, Paris (9e), aura lieu une cérémonie à laquelle toutes les familles médicales ainsi que leurs enfants sont cordialement invitées.

Le 17 novembre a eu lieu, en l'église Saint-Germain-des-Prés, une cérémonie semblable ; une allocution émouvante a été prononcée par M. l'abbé Lanerenon, curé de Saint-Germain-des-Prés, docteur en médecine.

Hôpitaux de Paris. — *Visite du ministre de l'Intérieur.* — M. Peyrouton, ministre secrétaire d'Etat à l'intérieur, a visité jeudi matin, les hôpitaux de Paris. Il était accompagné du Dr Serge Huard, secrétaire général à la famille et à la santé, du Préfet de la Seine M. Magny, du Préfet de Police M. Langeron et de M. Serge Gas, directeur général de l'administration de l'Assistance publique à Paris.

Il s'est rendu successivement à l'Institut Pasteur, à l'Hospice des Enfants-Assistés, à la Clinique d'accouchement Baudelocque, enfin à l'hôpital Cochin où l'attendaient un grand nombre de chefs de services et d'internes des hôpitaux réunis autour de M. le Professeur Baudouin, doyen de la Faculté de Médecine, et de MM. Grenet et Roux-Berger, membres du Conseil de l'Ordre.

Après que M. Serge Gas lui eût, en quelques mots, présenté son auditoire, M. Peyrouton exprima le plaisir qu'il avait à prendre contact personnellement à Paris avec le corps médical dont il avait maintes fois apprécié le dévouement en Tunisie ou au Cameroun ; puis, en des termes très simples, très directs, il envisagea quelques problèmes de l'heure présente et exprima sa confiance dans la collaboration entière des médecins à l'œuvre de redressement du Gouvernement du Maréchal Pétain, redressement pour lequel il convient de compter avant tout sur le seul effort de chacun des Français.

Maternités. — L'administration de l'Assistance publique dispose, en temps normal, de 14 maternités ; 2 sont actuellement fermées, les établissements ayant été réquisitionnés par l'autorité d'occupation ; 12 maternités fonctionnent actuellement, ce sont : Maternité de Port-Royal, Clinique Baudelocque, Clinique Tarnier, Hôtel-Dieu, Saint-Louis, Saint-Antoine, Pitié, Tenon, Bichat, Boucicaut, Bretonneau, Maternité Adolphe-Pinard.

Elles comprennent au total : 1.364 lits et 1.091 berceaux. Le nombre des femmes hospitalisées à la date du 14 novembre s'élevait à 1.150 et le nombre des enfants à 1.010.

Les maternités comprennent des centres de consultations importants. L'assistance publique procure, en outre, aux jeunes mères convalescentes un séjour soit dans des établissements lui appartenant, soit dans des maisons maternelles publiques ou privées avec lesquelles elle a passé une convention.

Ordre des Médecins. — Le Conseil supérieur de l'Ordre national des médecins s'est réuni samedi dernier pour la première fois. M. Serge Huard, secrétaire général à la famille et à la santé, assistait à la séance.

Un certain nombre de questions ont été étudiées dans cette première réunion : Constitution des conseils départementaux ; situation des médecins qui ne peuvent actuellement regagner leur domicile ; situation des médecins démobilisés ou prisonniers, etc.

Le Conseil a enfin précisé l'importance qu'il attache à préserver l'indépendance professionnelle des médecins.

Faculté de Médecine de Bordeaux. — M. Petges, prof., est chargé de la chaire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques ; M. Liard est chargé des fonctions de chef de travaux de physiologie. Sont chargés de cours complémentaires : MM.

Rivière, ag. (accouchements) ; Franck, ag. (physiologie) ; R. Sigalas, prof. (zoologie et parasitologie) ; Faugère, ag. libre (puériculture) ; Mesnard, ag. (pharmacie chimique) ; Girard, ag. (botanique) ; Dufour, ag. (anatomie, cours) ; Beauvieux, ag. (anatomie, démonstrations pratiques) ; Castagnou, ag. (chimie minérale) ; Massé, ag. (pathologie chirurgicale) ; Castagnou, ag. (chimie et toxicologie). Sont chargés provisoirement des fonctions d'agrégés chargés d'enseignement, MM. Piéchaud (pathologie médicale), Joulia (vénéréologie), Beauvieux (séméiologie oculaire); Delmas-Marsalet (pathologie médicale) ; Despons (oto-rhino-laryngologie) ; Rivière (obstétrique) ; Fontan (séméiologie médicale. Sont chargés provisoirement des fonctions d'agrégés chefs de travaux, MM. Dufour (anatomie) ; de Grailly (anatomie pathologique) ; Girard (botanique et matière médicale). Sont chargés provisoirement des fonctions de directeurs et chargés de services de travaux pratiques, MM. Piéchaud (hygiène) ; Dervillée (médecine légale) ; Lluret (pharmacologie) ; Castebert (physique médicale et physique pharmaceutique) ; Mesnard (pharmacie) ; Castagnou (chimie) ; Fayeau (chimie biologique).

Faculté de Médecine de Montpellier. — Sont chargés de cours complémentaires, MM. Harant (pharmacologie) ; Grenel (histologie et embryologie) ; Laux (anatomie topographique) ; Ferrier (stomatologie) ; Harant (histoire naturelle médicale). Sont chargés des fonctions d'agrégés chargés d'enseignement, MM. Guibal (chirurgie expérimentale) ; Mourgues-Molines (pathologie externe) ; Roux (médecine opératoire) ; Boucomont (pathologie interne) ; Rimbaud (clinique propédeutique médicale). Sont chargés des fonctions d'agrégés chefs de travaux, MM. Carrère (microbiologie) ; Harant (parasitologie) ; Monnier (chimie). Sont chargés de travaux pratiques, MM. Sagolo (direction trav. physique) ; Chaptal (thérapeutique) ; Richard (histoire naturelle et pharmacologie).

Ecole de médecine de Dijon. — Le Dr. Pichat a été renouvelé comme chargé de cours d'hygiène et de bactériologie.

Ecole de médecine de Grenoble. — Le Dr Sigaut, professeur d'anatomie, est transféré dans la chaire de clinique chirurgicale (dernier titulaire M. Termier).

Ecole de médecine de Reims. — M. le Professeur Albert Perrin est nommé directeur de l'Ecole de médecine de Reims, en remplacement de M. Techoueyres, admis à la retraite.

Ecole de médecine de Rennes. — Le Dr Leroy, professeur suppléant, a été chargé provisoirement de la chaire de clinique médicale (M. le Damany, retraité).

Ecole de médecine de Rouen. — Le Dr Née, professeur, est renouvelé directeur pour trois ans du 1er mars 1940.

Académie de Médecine. — Dans sa séance du 26 novembre, l'Académie a élu membres titulaires M. le Professeur Henri Bénard et M. Georges Bourguignon.

Commémoration du cinquantenaire de la découverte de la radioconduction par Branly. — L'Institut catholique a célébré, la semaine dernière, le cinquantième anniversaire de la découverte du Dr Branly.

A la cérémonie, que présidait le Cardinal Baudrillart, ont pris part le général de la Laurencie, M. le Préfet de la Seine, M. le Président du Conseil municipal, M. le Professeur Vincent, président de l'Académie des Sciences et M. le chanoine Collin, membre de l'Institut.

Une plaque commémorative a été placée dans la cour de l'Institut.

Secours national. — Il est institué, dans le département de la Seine, sous la présidence du Préfet de la Seine et du Préfet de Police, un comité de secours chargé de coordonner l'action des services publics et du Secours national pour l'assistance à la population civile. Ce comité est composé de M. le Directeur général de l'Assistance publique, de M. le Directeur général des Affaires municipales et du Ravitaillement, de M. le Directeur de l'Hygiène et de M. le Délégué départemental du Secours national assisté d'un représentant de la Croix-Rouge française et d'un représentant de l'Entr'aide d'hiver (*Bull. mun. off.* 21 novembre 1940).

LIVRES NOUVEAUX

Le foie cardiaque, par Jean Vague, chef de clinique à la Faculté de Médecine de Marseille. — Un volume de 186 pages, 32 fr. (*Collection Médecine et Chirurgie : Recherches et Applications.*) Masson et Cie, éditeurs, Paris (6e).

Le « foie cardiaque » est apparemment une question classique dont on trouve dans les Traités une bonne description. Néanmoins les notions nouvelles sur la physiologie hépatique et celle de la circulation de retour ont non seulement bouleversé sa pathogénie, mais jusqu'à son étude clinique.

L'auteur a rassemblé en une monographie de 180 pages l'essentiel des données classiques ainsi qu'une étude critique des conceptions plus actuelles.

La description clinique a trait aux points importants de la séméiologie du foie cardiaque et à ses aspects évolutifs ; certaines données récentes sur la circulation de retour, les troubles biologiques, etc., y sont particulièrement développées.

L'étude anatomo-pathologique précise les diverses modalités évolutives du foie cardiaque et leurs raisons. Des autopsies très précoces ont permis de saisir sur le vif les modifications anatomiques qui conditionnent le foie cardiaque et son évolution. On trouvera également dans cet ouvrage une étude anatomique des veines sus-hépatiques et notamment du classique « sphincter » de ces veines, chez le nouveau-né, l'adulte sain, le vieillard, l'asystolique chronique, le cirrhotique.

Cette description du « sphincter sus-hépatique » s'intègre dans le chapitre pathogénique. Ce dernier passe en revue les nombreuses théories qui ont été avancées sur la genèse du foie cardiaque. En réalité, il s'apparente à ceux, infiniment plus vastes, de la circulation de retour et notamment de la circulation hépatique, des fonctions biochimiques du foie, des conditions qui régissent les phénomènes inflammatoires dans cette glande. C'est sur ces notions pathogéniques qu'est basé le chapitre du traitement d'une portée avant tout pratique.

Ancienne et nouvelle, la question du foie cardiaque est exposée complètement dans cette monographie qui intéressera aussi bien l'étudiant et le candidat aux concours, que le médecin désireux de s'instruire sur l'évolution récente de syndromes depuis longtemps décrits.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

DÉNOMINATION	COMPOSITION et POSOLOGIE	INDICATIONS
ALLONAL "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Analgésique renforcé* (Pas de substance du tableau B) Comprimés : 1 à 3 p. jour et plus	Toutes les algies Toutes les névralgies
BROMÉSÉRINE Laboratoires STELVIA (G. Blaque) 59, rue Boissière, Paris (16e)	*Première association* stable *et pratique des bromures de* Ca *et de* Na *et du salicylate d'ésérine* (2 dragées à *croquer* à chaque repas)	Tous les syndromes fonctionnels (troubles neuro-digestifs » neuro-cardiaques » neuro-glandulaires)
HISTOGÉNOL Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Arsénio-phosphothérapie organique*	Très puissant reconstituant, indiqué dans tous les cas où l'organisme débilité réclame un réparateur sûr et énergique
IMIDO "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Solution de bi-chlorhyd. d'histamine* 1/10e à 1 amp. (1 cm³) par jour selon les cas	Epreuve de l'histamine Coxarthries, Algies
LYSAPYRINE (402 M) Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Sulfamide pyridique aluminique*	Gonococcies - Pneumococcies Streptococcies - Méningococcies
ŒSTROGLANDOL "ROCHE" ONGUENT Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Hormone œstrogène* Onguent : tube de 20 gr. 1 applic. matin et soir après léger massage Laisser sécher	Prurit vulvaire et ano-vulvaire Acné, Herpès
PHILENTÉROL Laboratoires du Dr P. ASTIER 42 et 41 à 47, rue du Docteur-Blanche Paris (16e)	*Vaccin polyvalent buvable* (colibacilles, entérocoques, staphylocoques) Une ampoule par jour pendant dix jours. Reprendre la cure si nécessaire après un repos de huit à dix jours	Colites, Diarrhées, Grippe intestinale, Syndrome entéro-rénal, Appendicites, Cystites, Pyélo-néphrite gravidique Vaccination pré- et post-opératoire
PULMOREX (409 M) Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Dérivé soluble de la Sulfamide (Paraaminophényl-sulfamide méthylène sulfonate de soude)*	Traitement des voies respiratoires Infections du cavum Streptococcies - Gonococcies
SEL DE HUNT Laboratoire Alph. BRUNOT 16, rue de Boulainvilliers, Paris (16e)	*Granulé friable, à base de carbonates absorbants, neutralisants et calmants* (Na, Ca, Mg)	Hyperchlorhydrie Fermentations acides Gastralgies
STALYSINE Laboratoires du Dr P. ASTIER 42 et 41 à 47, rue du Docteur-Blanche Paris (16e)	*Vaccin curatif antistaphylococcique* *Injectable* : Injection initiale de 1/2 cc. Les suivantes de 1 cc. tous les jours *Voie buccale* : Une ampoule le matin, vingt minutes avant le petit déjeuner, dans un peu d'eau minérale ou de tisane non sucrée	Toutes affections d'origine staphylococcique Furonculose, Anthrax, Acné, etc...
SYNTROPAN "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Spasmolytique synthétique* Comp. : 1 à 3 par jour Amp. 1 cm³ : 1 à 2 par jour Supp. : 1 à 2 par jour	Toutes les indications de l'atropine

LES AVITAMINOSES C FRUSTES ET OCCULTES DANS L'ARMÉE

Par MM. Ch. Debray, E. Gossart, R. Phulpin et A. Grare

En février 1940 il nous a été donné d'observer, parmi les malades d'un hôpital complémentaire d'armée, un cas de scorbut indiscutable. Il s'agissait d'un soldat qui, puni de prison, n'avait pris aucun aliment frais depuis plusieurs mois ; il avait été admis à l'hôpital pour un état grippal qui guérit en quelques jours. Mais ce qui frappait d'emblée à l'examen de ce malade, c'était sa pâleur et l'existence d'une gingivite hémorragique intense et extensive malgré le traitement local. Alertés par les circonstances étiologiques qui orientaient vers une avitaminose C, nous instituâmes une thérapeutique par le jus de citron frais. En quelques jours et sans autre traitement, gingivite et pâleur disparurent, confirmant le diagnostic de scorbut fruste.

Instruits par ce cas, nous attachâmes plus d'importance à un certain nombre de gingivites, d'allure bénigne, développées sur des sujets d'ailleurs hospitalisés pour une autre cause. Ces gingivites, que découvraient un examen complet, n'étaient pas toujours attribuables à une pyorrhée alvéolo-dentaire ou à des caries multiples, car, dans nombre de cas, elles s'observaient chez des sujets jeunes à denture correcte.

Il était important de se demander si ces gingivites n'étaient pas le premier signe clinique d'une carence en acide ascorbique. C'est ce que nous avons essayé d'étudier.

Disons d'abord que l'interrogatoire nous a appris que la ration alimentaire du soldat n'avait, au cours de l'automne et de l'hiver, contenu que très peu d'aliments riches en vitamine C : pas de légumes verts, pas de salade, très peu de fruits frais.

La carence en acide ascorbique fut étudiée par les méthodes suivantes :

1° *Examen clinique.* — Recherche systématique de la gingivite. Recherche par l'interrogatoire d'hémorragies spontanées récentes : purpura, hémorragies intestinales, épistaxis.

2° Etude de la fragilité capillaire par le *signe du lacet.*

3° *Epreuve de saturation* de l'organisme par l'acide ascorbique (*Test de Harris et Ray*), avec dosage de l'ascorbicurie. Nous avons dû malheureusement, pour cette épreuve, limiter nos recherches car les quantités de vitamine C dont nous disposions étaient peu importantes.

4° Enfin, étude du *temps de décoloration d'une solution de dichlorophénol injecté dans le derme* (*épreuve de Rotter*).

Toutes ces recherches furent faites sur des hospitalisés dont l'âge variait de 25 à 35 ans. Nous avons éliminé les malades ou blessés graves pour lesquels le taux d'acide ascorbique pouvait avoir baissé en raison de la maladie ou de l'accident, en dehors de toute carence. Nous n'avons gardé que des sujets légèrement touchés, récupérables à court terme. Les circonstances ne nous ont malheureusement pas permis d'étudier des sujets normaux comme il aurait été souhaitable. Enfin, ajoutons une notion qui n'est pas sans intérêt dans l'étude des carences vitaminiques : c'est en mars et avril 1940, à la fin d'un hiver particulièrement rigoureux, que nous avons effectué nos travaux.

1° *Recherches cliniques.*

Nos recherches cliniques ont porté sur 67 sujets (47 hospitalisés en médecine, 18 en chirurgie, 7 officiers).

Dans les antécédents proches, nous n'avons trouvé de phénomènes hémorragiques que dans de très rares cas : épistaxis dans 5 cas sur 67 (soit 1 sur 13) ; hémorragies intestinales dans 4 cas sur 67 (soit 1 sur 17). Cette première recherche est donc négative.

Par contre, la *gingivite* était présente sur un grand nombre de sujets. Même en éliminant les cas où coexistait de la pyorrhée et où il était difficile d'affirmer que la gingivite n'était pas secondaire à l'atteinte du système alvéolo-dentaire, nous avons trouvé encore 34 sujets (soit 1 cas sur 2), atteints d'inflammation gingivale. Dans 24 de ces cas, on notait seulement un gonflement inflammatoire des languettes interdentaires. Sur 10 sujets (15 % des cas), l'ensemble des gencives étaient nettement tuméfiées ; la tendance hémorragique était d'ailleurs peu marquée.

En résumé, et même en éliminant les pyorrhéiques, on pouvait noter la grande fréquence de gingivites d'aspect banal et paraissant primitives.

2° *Recherche de la fragilité capillaire.*

La fragilité capillaire qui, on le sait, n'est d'ailleurs pas caractéristique de l'avitaminose C, se recherche habituellement par l'épreuve du lacet. Gothlin a proposé une méthode plus précise mais un peu longue : trois compressions successives du bras de un quart d'heure, avec un brassard pneumatique, aux pressions suivantes : 25, 50 et 65 mm. de mercure. Nous avons employé une méthode plus simple : compression du bras pendant 5 minutes sous une pression de 80 mm. de Hg, à l'aide du brassard du sphygmomanomètre ; nous n'avons considéré comme pathologiques que les observations où le nombre de pétéchies apparues sur l'avant-bras dépassait 5. Il est à remarquer que ces hémorragies par rupture capillaire sont punctiformes et doivent être cherchées en pleine lumière.

Sur 65 sujets explorés, 22 (soit 1 sur 3) ont eu une épreuve positive. Quatre fois seulement, cette fragilité capillaire anormale a coexisté avec d'autres hémorragies (épistaxis ou hémorragies intestinales).

En somme, un nombre assez important des sujets étudiés avait une fragilité capillaire anormale.

3° *Test de saturation de Harris et Ray.*

L'épreuve de saturation de Harris et Ray est la méthode la plus précise et la plus fidèle de dépistage de la carence en vitamine C. Son principe est basé sur la constatation qu'un organisme, carencé en acide ascorbique et à qui on fournit à nouveau cette vitamine, l'entrepose jusqu'à ce qu'il ait refait ses réserves ; alors seulement, quand le sujet est rechargé, l'acide ascorbique ingéré est, pour la plus grande partie, éliminé dans les urines. On peut ainsi connaître à peu près la quantité de vitamine qui manquait au sujet.

L'épreuve fut pratiquée dans les jours qui suivaient l'entrée à l'hôpital. A 9 heures, tous les jours, on faisait ingérer 300 mgr. d'acide ascorbique synthétique ; on dosait l'ascorbicurie à 14 heures, c'est-à-dire au moment où l'élimination du produit devait être maxima (1). Nulle ou presque nulle les premiers jours (2), l'élimination

(1) Les dosages doivent être faits rapidement après l'émission des urines, car il y a une destruction spontanée de l'acide ascorbique urinaire avec le temps. Ils furent pratiqués avec une solution titrée de dichlorophénol-indophénol. Ce colorant est réduit par la vitamine C contenue dans l'urine. Quand la réduction est complète, sa teinte vire brusquement, ce qui permet le dosage colorimétrique.

(2) Chez des sujets carencés et même chez les sujets normaux on ne trouve qu'une faible quantité de corps réducteurs dans les urines, pour 100 cc. d'urines, 0,5 à 3 mgr. de corps réducteur exprimé en acide ascorbique. Encore ne s'agit-il pas uniquement de vitamine C, car il y a dans l'urine, outre l'acide ascorbique, quelques autres corps réduisant le dichlorophénol.

monte brusquement en flèche quand l'organisme est saturé.

La quantité d'acide ascorbique dont nous disposions étant limitée, nous avons dû nous borner à l'étude de 5 sujets ne présentant que des troubles fonctionnels très vagues et sans aucun signe objectif de lésion organique. En voici les observations.

Obs. I. — L..., 20 ans, infanterie coloniale. Dyspepsie. Pas de phénomènes hémorragiques. Pas de gingivite. Signe du lacet négatif. 300 mgr. d'acide ascorbique synthétique par jour. Le 7e jour, ascorbicurie à 3 mgr. 5, le 8e jour à 20 mgr. *Déficit en vitamine C : 2.100 mgr.*

Obs. II. — T..., 26 ans, infanterie coloniale. Dyspepsie. Quelques épistaxis récentes. Pas de gingivite. Signe du lacet positif. Ascorbicurie de 3 mgr. 5 le 7e jour, de 18 mgr. le 8e jour. *Déficit en vitamine C : 2.100 mgr.*

Obs. III. — C..., 37 ans, pionnier. Asthénie. Rares épistaxis. Gingivite pyorrhéique banale. Signe du lacet positif. Ascorbicurie à 1 mgr. le 8e jour, à 15 mgr. le 9e jour. *Déficit en vitamine C : 2.400 mgr.*

Obs. IV. — C..., 30 ans, infanterie coloniale. Quelques douleurs du flanc droit. Pas d'hémorragies. Gingivite légère. Signe du lacet négatif. Ascorbicurie de 1 mgr. le 7e jour, de 13 mgr. le 8e jour. *Déficit en vitamine C : 2.100 mgr.*

Obs. V. — M..., 40 ans, artillerie coloniale. Asthénie. Epistaxis fréquentes depuis octobre 1938. Gingivite pyorrhéique banale. Signe du lacet négatif. Ascorbicurie de 3 mgr. le 8e jour, de 11 mgr. le 9e jour. *Déficit en vitamine C : 2.400 mgr.*

Ainsi on voit que pour obtenir la saturation en acide ascorbique, il a fallu, chez *tous nos sujets, donner des doses importantes de vitamine C, de 2.100 à 2.400 mgr.*

4° *Epreuve de la décoloration du dichlorophénol-indophénol injecté dans le derme* (épreuve de Rotter).

De même que le dichlorophénol-indophénol est réduit *in vitro* par l'acide ascorbique urinaire, de même il peut être réduit *in vivo* par la vitamine C du sang et des tissus. Le temps de décoloration du colorant injecté dans le derme permet ainsi d'avoir une idée, assez grossière il est vrai, de la quantité d'acide ascorbique présente dans l'organisme.

La technique que nous avons suivie est celle que recommandent Codvelle, Simonnet et Mornard (1) : injection dans le derme de l'avant-bras de 1/60e de cc. d'une solution aqueuse fraîchement préparée de dichlorophénol-indophénol pur à 8/100.000 ; étude du temps de décoloration de la tache bleue foncée ainsi provoquée. On admet que, chez les sujets saturés en acide ascorbique, la décoloration est obtenue en moins de 5 minutes ; en cas d'équilibre vitaminique, il faut 5 à 10 minutes ; au delà de 10 minutes, on peut considérer qu'il y a carence en vitamine C (2).

Or, sur 120 malades ou blessés légers (65 blessés, 55 malades), chez lesquels nous avons pratiqué cette épreuve, il n'y en eut que 18 (soit 15 %) qui eurent une épreuve de Rotter inférieure ou égale à 10 minutes ; en aucun cas la tache ne disparut en moins de 5 minutes. *Dans 102 cas (soit 85 %) le temps limite de 10 minutes fut dépassé.* Les temps de 15-20 minutes ne furent pas rares.

En somme, dans *85 % des cas,* on pouvait admettre, par cette méthode, une carence en acide ascorbique.

Nous avons cherché à serrer le problème de plus près et à voir s'il n'y avait pas un rapport entre les divers signes cliniques et biologiques de carence C d'une part, et, d'autre part, l'âge du soldat, l'unité d'où il venait, la nature de la maladie. Nous devons avouer que nous n'avons trouvé aucune relation nette : jeunes ou adultes âgés, fébriles ou non, fantassins, artilleurs ou hommes des services, les résultats sont comparables et les courbes que nous avons dressées presque superposables.

Conclusions. — Les diverses méthodes que nous avons employées indiquent une *déficience assez importante en acide ascorbique chez beaucoup de sujets que nous avons examinés.* Sans doute s'agissait-il de malades ou de blessés, chez lesquels le taux de vitamine C pouvait avoir subi une baisse spontanée légère du fait de la maladie ou de la blessure. Mais, nous avons eu soin de diminuer autant que possible cette cause d'erreur en ne testant que les sujets très légèrement atteints.

Cette hypovitaminose C était inapparente dans la plupart des cas (1), et ces observations sont une confirmation de plus aux beaux travaux expérimentaux de Mouriquand, qui a montré, qu'avant la carence clinique, existait une carence biologique.

Bien que dépourvue de signe clinique, cette carence occulte ou très fruste en vitamine C ne doit pas avoir sa valeur sous-estimée. L'action de la Vitamine C ne se borne pas en effet, on le sait, à la prévention du scorbut. Son puissant pouvoir d'oxydo-réduction lui fait jouer un rôle dans de multiples métabolismes : la pathologie expérimentale a montré qu'un animal chargé en vitamine C résistait mieux aux infections qu'un animal carencé, et ceci s'applique sans doute aussi à la pathologie humaine. L'acide ascorbique joue un rôle, dans certains cas tout au moins, de diathèse hémorragique, d'anémies, d'entéro-colites, dans certaines anaphylaxies, dans certaines affections oculaires, peut-être dans certains retards de consolidation des cals et dans certaines décalcifications...

La carence occulte en vitamine C peut ainsi favoriser l'éclosion ou la persistance de nombreux états pathologiques. Il convient donc de lutter contre elle, même quand il s'agit de carence occulte, en donnant des aliments riches en vitamine C ou en faisant ingérer des comprimés d'acide ascorbique de synthèse, très actifs sous un petit volume.

Cette carence C inapparente ou très fruste, dont nous avons pu faire la preuve dans le milieu militaire pendant une période où les conditions alimentaires étaient relativement favorables, s'observera sans nul doute, encore plus nettement, pendant la période de disette que nous subissons. Il convient donc d'y songer et d'y parer précocement. Un des avantages pratiques de l'avitaminose C est d'être assez facile à démontrer par les épreuves de laboratoire et d'être plus facile encore à traiter.

(1) Codvelle, Simonnet et Mornard. Recherches sur la carence occulte en acide ascorbique (*P. Méd.*, 26 nov. 1938).

(2) Cette méthode est simple et peut être facilement effectuée en série. Malheureusement, elle est beaucoup moins précise que le test de saturation. En effet, le moment exact où la décoloration est obtenue, n'est pas toujours facile à apprécier. Certains sujets ont un derme lâche dans lequel le colorant diffuse ce qui doit faciliter la décoloration. D'autres font une réaction inflammatoire avec vaso-dilatation après injection du colorant, lequel est assez caustique, ce qui doit probablement modifier le temps de disparition de la tache. Des épreuves faites sur le même sujet pendant plusieurs jours successifs, donnent des chiffres voisins, mais non identiques. Enfin il n'y a sans doute pas que l'acide ascorbique dans l'organisme, qui soit capable de décolorer le dichlorophénol ; d'autres corps réducteurs des tissus et du sang peuvent avoir la même action, et il est donc difficile de savoir ce qui revient en propre à la vitamine C.

(1) En temps de paix, Codvelle et ses collaborateurs avaient déjà signalé dans le milieu militaire ces carences frustes en vitamine C. Sur des sujets jeunes, mis au régime normal du Val-de-Grâce, ils en trouvèrent un certain nombre apparemment bien portants, qui étaient en réalité atteints de carence C fruste.

De même, l'un de nous a publié jadis, avec le professeur agrégé R. Moreau, l'observation d'un malade admis depuis plusieurs années dans un service de chroniques et qui avait présenté, avec le régime de l'hôpital, un scorbut des plus typique. Moreau (R.), et Debray (C.). Sur un cas de gingivite scorbutique. *Odontologie*, déc. 1935, 75, n° 12, p. 829.)


UNE CURE
IODÉE
XX GOUTTES AVANT
CHAQUE REPAS
IODONUCLÉOL
SANS DANGER
D'IODISME
Cr. Office d'Éditions d'Art
J. EURY, Docteur en Pharmacie

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

La réaction du pannus dans la périthyphlite chronique

Par L. Babonneix
Membre de l'Académie de Médecine

Qu'est-ce que la périthyphlite chronique ? C'est une « affection du carrefour iléo-cæcal », qui frappe aussi bien l'enfant que l'adulte, qui a été décrite sous des noms divers : *appendicite chronique adhésive* (v. Haberer), *appendicite chronique sans accès aigus* (Klemm), *cæcum mobile* (Wilms), *fausse appendicite* (auteurs français), et au sujet de laquelle M. H. Friede vient de donner d'intéressants renseignements (1).

La symptomatologie en est simple :

1° *Troubles généraux.* — Ce sont des sujets pâles, maigres, qui ont beaucoup de peine à prospérer, et les fortifiants et stimulants qu'on leur donne restent sans résultat. Les progrès scolaires en souffrent également, car l'enfant se sent facilement fatigué. Il est surtout gêné par des malaises, des maux de ventre et même une légère élévation de température qui peut faire penser à un début de bacillose.

2° *Troubles digestifs.* — Ils dominent le tableau clinique : inappétence, nausées fréquentes, surtout à la suite du petit déjeuner, et, souvent, vomissements. En outre, la constipation habituelle, parfois avec alternance de diarrhée, est un des symptômes les plus caractéristiques de l'affection de la fosse iliaque droite. Il y a de rares cas où le symptôme de constipation manque ou est remplacé par une diarrhée non moins pénible. Albu signale 60 % de constipation et 10 % de diarrhée.

3° *Troubles nerveux et neuro-végétatifs.* — Les enfants deviennent ou bien grognons ou bien tellement nerveux et irritables qu'ils tyrannisent toute la famille. Ils ont un sommeil souvent agité, de mauvais rêves, des cauchemars. Il y a parfois de la bradycardie. On a même signalé des crises épileptiformes d'origine appendiculaire.

4° *La douleur spontanée*, qui est une douleur sans horaire fixe et sans rapport avec l'alimentation. Elle apparaît surtout à la marche, à l'occasion des leçons de gymnastique, ou le matin, dès le lever. La plupart localisent les douleurs à la fosse iliaque droite, quelques-uns, à la région épigastrique.

Que donne, dans ces cas, la *palpation ?* L'abdomen est souple. Dans la fosse iliaque droite, le cæcum, flasque, gros, est rempli de matières liquides. Il gargouille et donne le symptôme de coussin à air (Klemm) ; en outre, on déclenche une douleur siégeant un peu en haut et en dehors du point de Marc Burney. La défense musculaire, dans la même zone, est légère et inconstante.

Quant à l'*examen radiologique*, il montre une stase prolongée dans le cæcum, un état d'atonie et d'ectasie ; les modifications de l'appendice varient d'un cas à l'autre.

La maladie est *beaucoup plus fréquente chez les sujets féminins* que chez les sujets masculins. En ce qui concerne l'âge, la question est controversée, la plupart des cas observés par l'auteur ayant trait à des enfants, tandis que, pour v. Haberer, la maladie se voit surtout au-dessus de 40 ans. Les statistiques de M. H. Friede montrent qu'il s'agit principalement d'une maladie de l'âge scolaire et de l'adolescence.

(1) H. Friede. *Revue médicale de la Suisse romande*, n° 2, 25 février 1940, p. 88-104.

La *marche* de la maladie est essentiellement chronique et le pronostic *quod vitam* reste bon. Il n'y a aucune tendance à la formation d'abcès ou de phlegmon péricæcal ou péricolique. Mais les patients sont très gênés dans leur activité, soit directement par les symptômes digestifs et les douleurs, soit par les troubles neuro-végétatifs ou les troubles psychiques. Le changement de caractère qui, chez les adultes, se manifeste parfois par de la mélancolie, est pénible pour le malade lui-même et pour son entourage. En outre, l'affection retentit sur l'état général, et les patients restent faibles et chétifs.

Quelle est la *nature de la lésion ?* Ce n'est manifestement pas une appendicite, car dans la majorité des cas l'appendice est sain, et son ablation n'est pas suivie de guérison. On a alors invoqué d'autres théories : cæcum mobile (Wilm, 1908), non vérifiée à l'examen radiologique ; typhlatonie essentielle (Fischler, 1909) consécutive à un catarrhe intestinal ; spasmes d'ordre neuro-végétatif (Mick et Alb); lésions du système nerveux de l'appendicite (Drüner, Sundre-Plessmann, Ricker), et, surtout, néoformations fibreuses développées autour du cæcum, du côlon ascendant et des dernières anses grêles, déjà signalées par Vorchow, et dont nombre d'auteurs, sans oublier Ch. Walther, se sont occupés.

Sur la pathogénie de ces néo-membranes, très vascularisées les vaisseaux venant de l'intestin pour s'acheminer vers le péritoine pariétal, de ce *pannus vasculaire*, trois théories :

1° La théorie embryonnaire ;
2° La théorie mécanique ;
3° La théorie inflammatoire.

La majorité des auteurs, Flint (1912), Reid (1913), Harvey (1914), Shoemaker et d'autres admettent que les membranes seraient soit des variations congénitales, soit des vestiges *embryonnaires.*

Bohême, en 1924, précise cette théorie en décrivant un trouble dans l'accroissement et l'accolement du fascia mésocolique chez l'embryon. Il signale deux facteurs qui commandent l'évolution de la nappe pariéto-colique : mauvaise qualité du tissu d'accolement, accroissement excentrique ou, comme il dit, interstitiel du calibre du côlon.

La théorie embryonnaire a été contestée par Guillaume : après ablation opératoire du pannus, les mêmes membranes se reforment au bout de quelque temps, et par d'autres qui, constatant l'absence de membranes péricoliques lors d'une première intervention, les ont constatées lors d'une seconde commandée par la persistance des troubles intestinaux après appendicectomie.

Les partisans de la théorie *mécanique* (Lane, Rool, Coopey) considèrent les membranes comme des renforcements du péritoine.

A la théorie *inflammatoire*, on peut objecter que, sous les membranes, formant plusieurs coudes en toile d'araignée, le péritoine est intact.

Avec M. Bohême, l'auteur estime qu'il faut fondre en une seule les deux théories, embryonnaire et inflammatoire, le pannus devant être considéré comme la persistance d'une formation anatomique qui, dans les conditions anormales, subit une régression totale.

S'il en est ainsi, la seule *thérapeutique* à conseiller est celle qui resèque le pannus et amène ainsi une *restitutio ad integrum.* L'auteur fait une incision de Roux comme pour l'appendicectomie simple, mais en prenant soin d'avoir une ouverture assez large pour pouvoir aisément explorer toute la fosse iliaque droite, détail de technique sur lequel P. Bohême insiste également. Ensuite, on luxe le cæcum et l'appendice et on pratique la résection de l'appendice avec enfouissement du moignon. Puis on repère le pannus

sur le cæcum et le côlon ascendant, et on le décolle avec la main, ce qui est une manœuvre très facile à faire. Ensuite, on le résèque aussi complètement que possible entre deux pinces hémostatiques, et il faut pratiquer une hémostase soignée du côté intestinal, tandis que le côté pariétal ne saigne jamais.

On fait après un saupoudrage avec la poudre d'iodoforme, qui a en même temps un but hémostatique et légèrement désinfectant.

Avant de refermer le péritoine, on verse 4 centimètres cubes d'huile camphrée à 10 %, doublement stérilisée, dans la cavité péritonéale, pour empêcher la formation d'adhérences. Les avantages de l'usage de l'huile camphrée dans toutes les laparotomies, et spécialement dans la résection du pannus, ont été décrits par M. Ch. Martin-Du Pan, en 1927. Depuis lors, M. Friede a continué à l'employer avec des résultats très favorables et il n'a jamais vu d'accident dû à l'huile camphrée et cet usage remplace chez lui la greffe épiploïque de Bohême. Dans un cas, il a pu voir, à l'occasion d'une intervention pour opération césarienne, que les adhérences ne s'étaient pas reformées.

Le *traitement post-opératoire*, très important, consiste à mobiliser l'intestin aussi rapidement que possible, grâce à l'emploi systématique de :

1° L'huile camphrée, qui atténue beaucoup les douleurs provoquées par l'émission des premiers gaz et permet les lavements très précoces ;

2° Du massage vibratoire manuel de la fosse iliaque droite à partir du cinquième ou du sixième jour.

Les *résultats* de l'intervention sont des plus favorables. Sur 60 cas, 48 ont été guéris complètement et d'une manière durable ; 10 se sont plaints, à l'occasion de mouvements brusques, de douleurs résiduelles, 2 (dont un n'avait pas eu d'huile camphrée) ont fait des adhérences.

Le *traitement post-opératoire* est simple. Les agrafes sont enlevées le cinquième jour ; le dixième, les malades quittent la clinique. A partir du quatrième ou du cinquième, les selles se produisent régulièrement, l'état général s'améliore et le caractère se bonifie.

De ces *données*, quelles conclusions tirer ?

1° En cas d'affection des viscères de la fosse iliaque droite, une anamnèse précise et un examen soigné révèlent souvent une pérityphlite chronique.

2° Cette maladie a comme substratum anatomique une formation anormale de membranes en toile d'araignée, qui gênent le fonctionnement normal du cæcum.

3° Pour rendre à celui-ci la possibilité de travailler normalement, il faut intervenir chirurgicalement, et l'intervention de choix est la résection du pannus combinée à l'appendicectomie, qui, à elle seule se montre insuffisante, mais qui est utile pour supprimer un milieu de culture favorable au développement de certains microbes dont les toxines pourraient favoriser la formation de nouvelles membranes.

4° Pour empêcher la réorganisation des membranes, il faut employer l'huile camphrée doublement stérilisée, en petite quantité, en injection intrapéritonéale, pendant l'intervention.

5° Après l'opération, la mobilisation précoce de l'intestin est obligatoire.

6° Le massage vibratoire est à employer pour stimuler le péristaltisme du cæcum et par cela enrayer les douleurs résiduelles.

7° La résection du pannus, opération très simple, qui n'est pas plus choquante qu'une appendicectomie, s'est montrée apte à guérir définitivement la pérityphlite chronique, maladie assez grave surtout à cause de son retentissement sur l'état général.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 29 juillet 1940

Nécessité d'améliorer en France les pommiers et leur culture pour l'utilisation plus large des pommes et de leurs produits destinés à l'alimentation humaine. — M. Auguste Chevalier.

Séance du 5 aout 1940

L'œuf parthénogénétique de l'homme et ses analogies avec celui de certains singes. — M. Albert Peyron.

Séance du 12 aout 1940

Notice. — M. Georges Perrier lit une notice nécrologique sur M. J.-L. Breton, membre libre, décédé à Bellevue, le 2 août 1940.

Séance du 2 septembre 1940

Nouveaux résultats concernant les essais de vaccination contre la fièvre pourprée des montagnes rocheuses, au moyen de Ricketisies formalies. — MM. Paul Giroud et Paul Durand.

Séance du 9 septembre 1940

Production expérimentale du rachitisme chez le cobaye. — M. Raoul Lecoq.

La préparation et la conservation des extraits de légumes. — MM. Léon Moreau et Emile Vinet attirent l'attention sur l'utilisation des feuilles tombées et trognons de choux qui peuvent fournir des extraits aqueux de bonne conservation et contenant de l'acide ascorbique comme la plante fraîche.

Séance du 23 septembre 1940

La glutathionémie post-opératoire. — Mme S. Delauney. — Plusieurs auteurs (Morel, Gaté et Dorche) ont montré qu'il existe un abaissement notable du glutathion sanguin au cours d'états pathologiques. Mme Delauney a recherché si ce peptide joue un rôle dans la maladie post-opératoire. Ses expériences lui ont montré que la glutathionémie est un facteur constant après une intervention chirurgicale, au même titre qu'il existe une hyperglycémie, une modification de la réserve alcaline, des éléments chlorés.

Il ressort que cette diminution varie de 5 à 18 % dans les appendicectomies, et de 15 à 35 % dans les hystérectomies.

En attendant de pouvoir préciser l'origine de cette variation, on peut assurer qu'elle signifie une moindre défense de l'organisme, une réaction passagère de la cellule hépatique, centre régulateur du glutathion.

La production accélérée du sérum antivenimeux au moyen de l'anavenin (vipera aspis) chez le cheval. — MM. Gaston Ramon, Paul Boquet et Louis Nicol. — Les événements ont conduit les auteurs à recourir pour la production chez le cheval du sérum antivenimeux dirigé contre le venin de vipera aspis, aux commodités d'immunisation que fournit l'anavenin spécifique employé selon une méthode semblable à celle qui a été mise au point en ce qui concerne la production des antitoxines diphtérique et tétanique au moyen des anatoxines correspondantes.

Cette méthode consiste à injecter au cheval des doses progressivement croissantes d'anavenin. Au bout d'un mois de ce traitement, le cheval fournit un sérum ayant une valeur antitoxique suffisante pour être utilisable en thérapeutique. Ces dernières années encore il fallait, en employant le venin seul, six mois d'immunisation pour arriver à un résultat analogue. On peut ainsi mesurer les avantages que présente l'utilisation de l'anavenin dans la production accélérée du sérum antivenimeux, avantages de même ordre que ceux qui résultent de l'emploi des anatoxines pour la production des sérums antidiphtérique et antitétanique, par exemple.

Séance du 30 septembre 1940

Thermosensibilité et dimensions des bactériophages. — M. Eugène Wollman et Mme Elisabeth Wollman.

Séance du 7 octobre 1940

Dissimilitude de l'action physiologique de l'ibogaïne et de celle de la cocaïne. — M. Raymond Hamet.

Séance du 14 octobre 1940

Sur une production économique des toxines microbiennes au moyen de bouillon à base de viande de cheval impropre à la consommation. — M. Gaston Ramon et Mlle Germaine Amoureux.

Altérations anatomiques des nerfs périphériques au cours des déséquilibres alimentaires d'origine lipidique et d'origine protidique. — MM. Ivan Bertrand et Raoul Lecoq.

Séance du 21 octobre 1940

Notice. — M. Emile Picard donne lecture d'une notice nécrologique sur M. Vito Volterra (de Rome), associé étranger.

Sur la reconstitution et la multiplication dans les ganglions lymphatiques, des boutons embryonnaires de la parthénogénèse polyembryonique. — MM. Jean Sabrazès et Albert Peyron.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 septembre 1940

Tuberculose myocardite par extension de tuberculose pleurale. — M. Ameuille. — Observation d'une tuberculose du ventricule gauche intéressant toute l'épaisseur de la paroi ventriculaire et développé en regard de l'effraction de la tuberculose dans le péricarde, à partir d'une pleurésie gauche. Cet envahissement de la tuberculose a dû se faire de proche en proche à partir de la paroi pleurale caséeuse, et cela malgré l'absence de la symphyse péricardique.

Un cas d'avitaminose nicotinique. — MM. Villaret, Justin-Besançon et Inbona. — Observation d'une malade présentant, outre des aphtes ayant l'aspect d'ulcérations grisâtres du type fusospirillaire avec tendance à la permanence, une psychose à type mélancolique très accentuée. Ces troubles mentaux conduisaient à l'abandon des soins familiaux avec idées de suicide. La stomatite comprenait une glossite (langue rouge et sèche), et surtout des aphtes récidivants. On constatait sept ulcérations aphtoïdes se distinguant des aphtes vrais par leur couleur plus grisâtre, par leur multiplicité, par leur persistance depuis sept mois. La nicotinamidémie était abaissée à 6,2 mg. par litre. L'étiologie était évidente. Sous prétexte de dyspepsie, la malade s'était mise, depuis près d'un an, à un régime dépourvu de viande, de lait et d'œufs, en somme privé des sources naturelles d'amide nicotinique. Le traitement par injection et ingestion d'acide et d'amide nicotinique a fait disparaître tous les signes en 2 à 3 jours.

Fièvre exanthématique observée dans le Finistère. — M. Huber. — L'auteur présente une observation de Breuil, Lafferre et Mollaret, médecins de la marine : Un matelot de 20 ans, atteint d'une fièvre exanthématique grave, d'une durée de trois semaines, accompagnée de déterminations phlébitiques multiples, d'un infarctus du poumon et d'une endocardite mitrale. Diagnostic précisé par réaction de Weil-Félix : Contagion apportée par un contingent de marins venus de la région méditerranéenne.

SOCIETE DE BIOLOGIE

Séance du 9 novembre 1940

Répartition de l'hormone corticale dans les différentes parties du cortex surrénal. Valeur de la glomérulée. — MM. A. Giroud, M. Martinet et M.-T. Bellon, en utilisant leur méthode de détection, ont vu que l'hormone corticale se trouve dans la zone glomérulée en quantité beaucoup moindre que dans les zones fasciculée et réticulée du cortex. Il en est de même en ce qui concerne la répartition de la vitamine C. Il semble donc que les cellules corticales ont besoin d'un certain taux de cette vitamine pour fonctionner normalement. La morphologie, la chimie et la physiologie sont d'accord pour montrer l'activité fonctionnelle minima de la glomérulée.

Les manifestations cytologiques des perturbations sécrétoires de l'épithélium gastrique au cours du développement du cancer gastrique. — M. Cunéo et ses collaborateurs ont vu, au cours du développement du cancer de l'estomac, des modifications du chondrome de la cellule à plateau strié, et une forte déminéralisation des cellules cancéreuses. Ils mettent ces anomalies cytologiques sur le compte des troubles de la sécrétion gastrique du cancer de l'estomac.

Influence de la dépression atmosphérique sur l'excitabilité des centres nerveux moteurs. — M. et Mme A. Chauchard ont constaté que, chez le cobaye, la dépression atmosphérique a pour effet d'abaisser la chronaxie du réflexe médullaire, tandis que celle de l'écorce cérébrale s'élève. Une pareille dissociation entre variations des chronaxies centrales et périphériques a rarement été observée, puisqu'en général il y a maintien de l'isochronisme normal.

Actions polaires et bloc précoce de la transmission ganglionnaire. — M. Paul Chauchard apporte un argument nouveau en faveur d'un mécanisme électrique de transmission de l'influx dans les ganglions sympathiques : le blocage précoce de transmission provoqué par la section des fibres préganglionnaires peut être levé par une action polaire anodique, ce qui s'explique aisément à l'aide de la méthode chronaximétrique.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Réunion d'informations pour les membres du Conseil d'administration de la Fédération des Syndicats Médicaux de la Seine dissous le 7 novembre 1940

Allocution du président. — M. le Dr Biard rappelle, en quelques mots, l'œuvre de la Fédération, exprime l'espoir que tout ce travail ne sera pas perdu et que beaucoup des membres présents pourront, dans des conditions différentes, s'intéresser à l'étude des questions qui leur sont chères, le bien de la profession et l'intérêt général devant rester l'idéal de chacun.

Démarches du Dr Dupas, secrétaire général. — Le Dr Dupas met ses confrères au courant des démarches qu'il a faites au sujet des Assurances sociales, à propos d'un projet de tarif limitatif (lecture de la lettre au ministre du Travail). Cette même lettre a été portée à M. le Secrétaire général à la Santé publique au cours de l'audience du 30 octobre 1940, accordée aux Drs Boelle et Dupas.

M. Huard nous a réservé le meilleur accueil. Il déclare partager notre point de vue au sujet de l'inopportunité d'un tarif limitatif en matière d'honoraires médicaux dans l'application de la loi des Assurances sociales.

M. Dupas a fait connaître à M. Huard que le ministre du Travail n'étudiait pas, pour l'instant, un tel projet.

MM. Dupas et Boelle ont demandé en outre à M. Huard des précisions sur le sort réservé aux services de la Fédération et du Syndicat des Médecins de la Seine. Le secrétaire général de la Santé publique estime que, pour le présent, les services doivent continuer à fonctionner notamment en matière d'Assurances sociales. Lorsque l'ordre départemental sera nommé, lesdits services seraient adaptés à l'Ordre des Médecins. M. Huard confirme que la question des médecins étrangers sera réglée rapidement par la Commission instituée pour la révision des naturalisations.

Certains confrères expriment alors le regret de ne pouvoir désormais étudier les questions professionnelles et sociales auxquelles ils s'intéressaient, plusieurs d'entre eux s'étant spécialisés depuis longtemps dans l'étude de nombre de questions.

M. Dupas estime que si les Associations professionnelles peuvent plus tard exister, elles devront limiter leur activité à l'étude des questions dans le but de documenter et d'informer de nouveaux organismes directeurs. Cette condition étant essentielle.

Plusieurs membres sont d'avis qu'une nouvelle démarche soit faite par le secrétaire général auprès de M. Huard afin de lui demander son sentiment sur l'existence de Sociétés d'Etudes et d'Informations dont M. Dupas vient de préciser ci-dessus l'activité limitée. Après ces explications, la plupart de nos confrères soulignent l'impression d'apaisement qui leur est donné par l'allure générale de l'entretien au Ministère de la Santé, notamment par le fait que l'Ordre des Médecins ne fait pas systématiquement table rase du travail syndical antérieur.

Le secrétaire général : Dr Dupas.

A propos de la démarche auprès du secrétaire de la Santé publique. — A l'audience du 13 novembre 1940, le secrétaire général de la Santé publique a déclaré au Dr Dupas, secrétaire général de la Fédération des Syndicats Médicaux de la Seine, dissous, ce qui suit :

« Il est incontestable qu'il y a intérêt à ce que des questions purement professionnelles et médico-sociales puissent être étudiées par des praticiens groupés en associations et il n'a jamais été dans ma pensée de leur refuser ce droit. Ces associations devront limiter leur activité à ces études faites en vue de coordonner un ensemble d'informations à soumettre à l'appréciation des organismes dirigeants de la médecine. Sous la réserve formelle que les Associations médicales ne transgresseront pas leur rôle ainsi défini et ne chercheront pas à évoluer d'une façon apparente ou dissimulée vers un retour à des organisations dissoutes ; lesdites associations recevront sûrement l'agrément et l'appui de l'Ordre des Médecins et des Pouvoirs publics.

« Il convient donc, pour le moment, d'attendre la formation de l'Ordre départemental ».

Le secrétaire général de la Fédération : Dr Dupas.

(*Communiqué.*)

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

Nos 79-80. — 4-7 DECEMBRE 1940. 113e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.



PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Secrétariat général à la famille et à la santé. — DIRECTION RÉGIONALE A LA FAMILLE ET A LA SANTÉ. — M. le Dr Vidal, inspecteur départemental d'hygiène de Seine-et-Marne.

M. le médecin-colonel Melnotte, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy.

M. le médecin-colonel Clavelin, professeur au Val-de-Grâce.

Sont nommés directeurs régionaux à la famille et à la santé.

Un arrêté du ministre secrétaire d'Etat à l'Intérieur déterminera l'étendue territoriale des régions dans lesquelles ils exerceront leurs fonctions.

INSPECTION GÉNÉRALE A LA FAMILLE ET A LA SANTÉ. — M. de Froissard est chargé, à titre provisoire, des fonctions d'inspecteur général à la famille et à la santé.

M. le Dr Leclainche est nommé inspecteur général à la santé.

M. Rauzy et M. Barbary sont nommés inspecteurs généraux à la famille et à l'enfance.

SERVICE SOCIAL. — Le Conseil de perfectionnement des écoles d'infirmiers et d'infirmières, d'assistants et d'assistantes de service social est composé comme suit :

Président : M. le Dr Codvelle, directeur à la santé (hygiène et assistance).

Représentants des services administratifs et des organismes de protection sanitaire et sociale : M. le Dr Jules Renault, représentant le comité consultatif de la santé ; M. Charles Voigt, représentant le comité de l'assistance de France ; M. le Dr Aublant, inspecteur général à la santé ; Mlle de Hurtado, représentant du comité français de service social ; Mlle d'Haussonville, représentant la Croix-Rouge française ; Mme Getting, vice-présidente du service social de la caisse de compensation de la région parisienne ; M. le professeur Parisot, président de l'office départemental d'hygiène sociale de Meurthe-et-Moselle.

Personnes qualifiées dans la formation du personnel hospitalier et de service social : Mme Rogazout (sœur Marie-Edouard), directrice de l'école d'infirmières et d'assistantes de service social des hospices civils de Nantes ; Mlle de Cuverville, directrice de l'école d'infirmières et d'assistantes sociales du comité de la défense contre la tuberculose ; Mlle Fumey, directrice de l'hôpital civil de Reims ; Mlle Joannis, directrice de l'école professionnelle d'assistance aux malades ; Mlle Naegelen, directrice de l'école normale sociale ; Mlle Sivadon, directrice de l'école de l'association des surintendantes ; M. le professeur Jean Lepine, doyen de la Faculté de médecine de Lyon ; M. le Dr Weill Hallé, directeur de l'école de puériculture de la Faculté de médecine de Paris.

Secrétaire : Mlle Vernieres, sous-chef chargée du service central des infirmières et des assistantes sociales.

Ordre des médecins. — Sur la proposition du Conseil national de l'Ordre des Médecins, émise dans sa séance du 24 novembre 1940, un arrêté en date du 29 novembre a nommé :

Président du Conseil de l'Ordre des Médecins du département de la Seine : M. le Professeur Lemierre André, membre de l'Académie de Médecine, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, médecin des hôpitaux de Paris.

Membres du Conseil de l'Ordre des Médecins du département de la Seine : MM. les Drs Beau Henri, radiologiste des hôpitaux de Paris ; Bidegaray (de Courbevoie) ; Dansaert P. (de Saint-Denis) ; Drouet Georges (de Paris) ; Léchelle Paul, médecin des hôpitaux de Paris ; Lenègre-Thourin, médecin des hôpitaux de Paris ; Lenormant Charles, membre de l'Académie de Médecine, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux de Paris ; Leroux Louis, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris ; Lumière F. (de Paris) ; Oberlin Serge, chirurgien des hôpitaux de Paris ; Rabut Robert (de Paris) ; Jean Regaud (de Paris) ; Sorin Louis (du Bourget) ; Wolfromm G. (de Paris).

Vaccination obligatoire. — Le *Journal officiel* du 26 novembre 1940 publie une loi datée du 25 novembre, rendant la vaccination antityphoïdique obligatoire pour tout adolescent entrant dans un camp de jeunesse.

Le ministre peut instituer par arrêté l'obligation de la vaccination antityphoparatyphoïdique pour tous les sujets de 10 à 30 ans, résidant dans les zones du territoire menacées par une épidémie de fièvres typhoparatyphoïdes.

En même temps que la vaccination antityphoparatyphoïdique, la vaccination antidiphtérique et antitétanique (rendue également obligatoire par une loi du 24 novembre 1940) est pratiquée au moyen d'un vaccin associé chez tous les sujets visés aux articles premier et 2 de la présente loi, qui ne peuvent établir, par la production de leur carnet de vaccination, qu'ils ont déjà bénéficié d'une ou de l'autre de ces vaccinations.

(*J. O.*, 23-24 novembre 1940.)

L'usage de la teinture d'iode. — Le ministre secrétaire d'Etat à l'Intérieur et le ministre secrétaire d'Etat à la Production industrielle et au travail,

Sur la proposition du secrétaire général à la famille et à la santé et du secrétaire général à l'industrie et au commerce intérieur,

Arrêtent : La quantité maximum de teinture d'iode officinale, diluée ou non, destinée à l'usage externe, qui peut être délivrée au public sans ordonnance médicale en exécution de l'arrêté du 2 mars 1938, est temporairement réduite de 60 grammes à 15 grammes. Les quantités supérieures à 15 grammes ne seront délivrées que sur ordonnances médicales.

(*J. O.*, 23-24 novembre 1940.)

Réouverture du Centre d'études de la Fondation d'Heucqueville. — Le Centre d'études de la Fondation d'Heucqueville a repris, cette semaine, son enseignement élémentaire sur la puériculture, l'hygiène raciale et sociale.

Le Dr d'Heucqueville a placé l'enseignement sous les auspices de l'Etat nouveau, qui tend à restaurer la race et la famille françaises, ravagées par deux siècles d'idéologies contre-nature.

« De l'effort des élèves d'aujourd'hui, futures sages-femmes, infirmières, jardinières, puéricultrices, comme futures mères de famille, chacune pour leur part, dépendra le relèvement des générations de demain ».

Nécrologie

Le professeur Emile Abelous, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Toulouse, associé national de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur.

— Le Dr Auvard, accoucheur honoraire des hôpitaux de Paris, décédé à l'âge de 85 ans, au château de Puyval (Corrèze).

— Le Dr Félix Bérard, fils du professeur Léon Bérard (de Lyon).

Renseignements

Visiteur médical depuis 1923, français d'origine, références les plus sérieuses, représenterait pour Paris, spécialité d'*intérêt réel*. — Ecrire au journal, numéro 403.

LIVRES NOUVEAUX

Précis d'hygiène, par Jules Courmont, professeur d'hygiène à la Faculté de Médecine de Lyon, avec la collaboration des professeur Ch. Lesieur et Dr A. Rochaix. 5e édition entièrement refondue par A. Rochaix, professeur d'hygiène à la Faculté de Médecine de Lyon. — Un volume de 1.002 pages avec 212 figures (*collection de Précis médicaux*). Broché, 120 francs ou cartonné toile 140 francs. Masson et Cie, éd., Paris.

Ce livre devenu classique a vu sa matière entièrement rénovée au cours de ses nombreuses éditions.

La présente édition a été surtout profondément remaniée, conformément aux problèmes que pose l'actualité.

Les questions de démographie et de dépopulation y ont pris une place plus importante ainsi que la législation et l'organisation sanitaire.

Le chapitre consacré à l'hygiène alimentaire, au milieu urbain, à l'habitation, à l'atmosphère urbaine a été refait ou étendu.

Les progrès réalisés en hygiène industrielle et pour la protection de l'ouvrier n'ont pas été oubliés.

La partie consacrée à l'épidémiologie et à la prophylaxie des maladies transmissibles a été profondément remaniée aussi bien en ce qui concerne le mode de transmission de ces maladies que pour exposer les progrès des méthodes de prophylaxie.

De nouveaux chapitres consacrés aux ictères infectieux épidémiologiques, aux rickettsioses, etc., ont été ajoutés.

Enfin, l'hygiène sociale, qui tenait une place insuffisante dans les éditions antérieures a été très développée. Des chapitres nouveaux sont nés consacrés à la lutte contre le rhumatisme, à la prophylaxie mentale et la lutte contre l'hérédité morbide.

L'organisation de l'hygiène sociale en France termine cette partie.

Ce livre a été écrit pour les médecins, pour les étudiants. Il sera utile en outre aux vétérinaires, aux ingénieurs, aux architectes, ainsi qu'à toutes les administrations.

LABORATOIRES EN ACTIVITÉ ET LEURS PRODUITS

L'AVENIR DES FRACTURES DU BASSIN

Par M. Auvray
Membre de l'Académie de Médecine

Un certain nombre de fractures du bassin échappent à nos investigations d'expert, ce sont celles qui s'accompagnent de lésions osseuses graves compliquées de lésions viscérales et vasculaires importantes et qui, trop souvent, sont suivies de mort. De ces faits, dont je ne saurais dire exactement dans quelles proportions ils figurent au chapitre des fractures du bassin, il ne sera pas question dans cet article. De même les fractures isolées des ailes iliaques généralement assez bénignes, les fractures du fond du cotyle, dont je n'ai observé qu'un très petit nombre de cas et sur le pronostic desquelles je ne saurais porter un jugement suffisamment étayé, seront laissées de côté.

Je m'occuperai exclusivement ici de l'avenir des fractures du bassin qu'il nous est donné d'observer de façon assez courante en expertises et que nous pouvons étudier dans leurs suites éloignées.

Je les diviserai en deux groupes : *celui* des fractures intéressant isolément l'arc antérieur du bassin, fractures de la branche horizontale du pubis, fractures de la branche ischio-pubienne, fractures du pubis, disjonctions, dénivellements de la symphyse pubienne, et *celui* des fractures complexes du bassin dans lesquelles la fracture de l'arc antérieur se complique de fractures multiples diversement combinées (fractures des ailes iliaques, de la cavité cotyloïde, du sacrum), de lésions plus ou moins importantes siégeant au niveau de l'articulation sacro-iliaque ou dans son voisinage sur les ailerons sacrés ou sur la partie postérieure de l'os iliaque, fractures doubles verticales.

Les faits qui figurent dans cette statistique, au nombre de 28 pour les fractures du premier groupe, et de 15 pour les fractures complexes, ont été recueillis par moi au cours d'expertises réalisées dans ces dernières années. Chaque sujet examiné a fait l'objet d'une fiche complète, et c'est avec ces documents que j'ai entrepris l'étude que je présente ici.

I. Fractures de l'arc antérieur du bassin (28 cas)

Ces fractures ont été surtout observées chez des hommes (20 fois sur 28), et à l'âge moyen de la vie, de 22 à 56 ans, exceptionnellement l'un de nos blessés était âgé de 64 ans.

Les fractures intéressant les *branches du pubis*, branche horizontale, branche ischio-pubienne, étaient le plus souvent unilatérales (22 fois sur 28), et siégeaient plus nombreuses dans les cas que j'ai observés à droite qu'à gauche; trois fois seulement elles étaient bilatérales ; le plus souvent le déplacement des fragments était nul ou minime ; dans deux cas cependant j'ai noté un chevauchement avec décalage marqué des fragments ; j'ai même constaté, dans un de ces cas, une véritable dislocation des régions fracturées.

Les désordres intéressant la *région pubienne* à proprement parler ont été rares, je n'en relève que trois cas ; dans l'un de ces cas il semble bien qu'il y ait eu seulement disjonction de la symphyse, dans les deux autres cas, les lésions symphysaires se sont accompagnées de fractures unilatérales dans les branches, d'un écartement avec dénivellement des deux moitiés du pubis.

Les *manifestations cliniques* constatées chez nos blessés, *au moment de l'expertise*, et qui ont servi de base à l'évaluation du quantum d'invalidité sont : d'abord la *douleur* et la *limitation des mouvements*, en particulier des mouvements de la hanche. Ce sont là les deux troubles fonctionnels qui nous ont paru de beaucoup les plus persistants.

La *douleur* a été constatée chez *tous* les malades soumis à mon examen, à un degré plus ou moins marqué, rarement très vive. Elle était réveillée par les pressions exercées au niveau des foyers de fracture, dans l'échancrure antérieure du bassin, au niveau du pubis ; ou encore provoquée par la marche, la position accroupie, par certains mouvements imprimés à l'articulation de la hanche, en particulier le mouvement d'écartement de la cuisse qui déterminait de la douleur aux insertions des muscles adducteurs. Exceptionnellement elle irradiait vers les fosses iliaques externes.

Nous avons relevé (10 fois sur 28 cas), l'existence d'une douleur plus ou moins prononcée au niveau de la paroi postérieure du bassin, sur le sacrum, sur l'articulation sacro-lombaire, sur la colonne lombaire, au niveau de l'articulation sacro-iliaque qui, vraisemblablement, avait subi le contre-coup du choc porté sur la paroi antérieure du bassin, sous forme d'une légère entorse de cette articulation.

La *limitation des mouvements* intéressait, avant tout, l'*articulation de la hanche*. Huit fois chez 28 blessés, tous les mouvements avaient conservé leur amplitude ; toutefois, même dans les cas les plus favorables, on réveillait un peu de douleur en forçant les mouvements, surtout le mouvement d'abduction de la cuisse. Dans tous les autres cas, il a été constaté une limitation des mouvements de la hanche concernant la flexion et surtout l'écartement, tandis que les rotations étaient peu atteintes et l'extension presque toujours indemne. Le mouvement d'écartement, d'abduction de la cuisse a été le plus fréquemment limité (19 fois sur 28), et il m'a semblé que la cause principale de la limitation de ce mouvement était la douleur réveillée par l'écartement au niveau des insertions des adducteurs sur la branche ischio-pubienne ; si, le plus souvent, l'écartement n'était que légèrement limité, je l'ai vu perdre le quart, le tiers, la moitié, les deux tiers de son amplitude.

La flexion de la cuisse a toujours été beaucoup moins atteinte que l'abduction, huit fois seulement dans notre statistique elle était modifiée, elle s'exécutait avec une certaine gêne, avec lenteur, elle restait limitée à l'angle droit, mais je ne l'ai pas vue réduite au-dessous de l'angle droit.

Chez tous nos blessés, les mouvements du genou avaient conservé toute leur amplitude. Par contre, quelques-uns d'entre eux (5 sur 28) présentaient une gêne des *mouvements de la colonne vertébrale ;* les mouvements d'inclinaison, plus ou moins limités, provoquaient des tiraillements douloureux dans le bassin aux points fracturés ; ils se faisaient avec précaution ; le blessé ne pouvait pas s'étendre et se relever sur le lit d'examen sans l'aide des mains.

Dix sur vingt-huit blessés examinés par nous présentaient des troubles de la *marche ;* le plus souvent il s'agissait d'une gêne douloureuse avec légère claudication atteignant le membre inférieur du côté où siégeait la fracture du bassin, mais ce membre demeurant en bonne position ; trois fois seulement la marche se faisait péniblement sans l'appui d'une canne avec la pointe du pied tournée en dehors.

La *station debout*, en faisant supporter tout le poids du corps au membre inférieur du côté blessé, était incertaine ou même impossible dans cinq cas.

Trois fois seulement la *position accroupie* ne pouvait être réalisée qu'avec douleur ou de façon incomplète.

A côté des deux signes cardinaux, la douleur et la limitation des mouvements, il en est d'autres de moindre importance.

La présence d'un *cal* au niveau des foyers de fracture est relevée six fois seulement, le dénivellement de la région pubienne une seule fois ;

Une *attitude vicieuse* du blessé se manifestant par une légère inclinaison du tronc, par une saillie un peu plus marquée de la hanche, est signalée à titre exceptionnel (4 fois sur 28) ;

Plus intéressantes sont les données fournies par les *mensurations*, elles nous ont montré l'existence d'un *raccourcissement* qui existait dans 5 cas sur 28, qui atteignait le membre inférieur du côté blessé et qui mesurait de un à trois centimètres, ce raccourcissement important coïncidant avec une dislocation de la symphyse pubienne accom-

pagnée d'une fracture des branches ; les mensurations nous ont révélé aussi l'existence, 14 fois sur 28, d'une *atrophie* des muscles de la cuisse, du côté où siégeait la fracture du bassin, allant de un demi-centimètre à deux et même trois centimètres ;

L'existence de *troubles urinaires*, malgré le voisinage immédiat de la vessie et des foyers de fracture, était exceptionnelle chez les blessés que nous avons examinés ;

Deux d'entre eux avaient uriné cependant du sang après l'accident, un troisième avait présenté de la rétention d'urine ; nous avons relevé seulement quatre fois des troubles fonctionnels légers, tels besoins d'uriner plus fréquents, besoins plus pressants, sensation un peu douloureuse au commencement et à la fin de la miction, sans que l'examen de l'appareil urinaire nous ait rien montré d'anormal ; la présence du sang et l'existence de la rétention dans les cas dont nous venons de parler n'avaient été que passagères.

Chez les huit femmes atteintes de fractures de l'arc antérieur du bassin que nous avons examinées, une seule présentait depuis l'accident des *troubles génitaux* sous forme de règles irrégulières et douloureuses, sans que l'exploration gynécologique révélât rien d'anormal, une autre avait vu ses règles suspendues pendant trois mois après l'accident. Chez les six autres il n'existait aucun trouble fonctionnel génital et le toucher ne montrait ni modification de l'appareil génital, ni cause de dystocie.

Dans notre statistique on relève, chez trois blessés, l'existence de *complications* qui sont apparues à la suite de l'accident :

Chez l'un sont survenues des douleurs de *sciatique* qui ont entraîné à un traitement assez prolongé par la diathermie ; la sciatique siégeait à droite, c'est-à-dire du côté blessé ; au moment de notre examen le nerf était resté sensible, il y avait de l'hyperesthésie plantaire, mais il n'existait ni signe de Lasègue, ni troubles trophiques, sauf une atrophie de la cuisse de deux centimètres, la position assise et accroupie étaient normales, il persistait, en somme, un minimum de troubles fonctionnels ; il est permis de se demander s'il existait une relation bien établie entre la sciatique et la fracture du bassin ;

Chez l'autre, qui avait été soumis à l'extension continue exercée sur le membre inférieur du côté blessé, des accidents de *phlébite* de ce membre sont apparus, accompagnés de petites embolies ; le blessé présentait, au moment de notre expertise, une atrophie de un centimètre au niveau de la cuisse et un œdème du mollet qui se traduisait par une augmentation de volume de deux centimètres ; l'incapacité temporaire fut d'un peu plus de cinq mois ;

Chez le troisième, le traumatisme avait provoqué un *hématome* de la région pubienne qui dut être incisé huit jours après l'accident et qui avait laissé persister une cicatrice très profonde et sensible.

Aucun des blessés soumis à notre examen n'a été l'objet d'une intervention chirurgicale sur le foyer de fracture. Tous ont été traités par la simple immobilisation au lit prolongée de un à quatre mois. Deux fois seulement l'extension continue exercée sur le membre inférieur du côté blessé a été associée au repos complet au lit. Quelques blessés ont été soumis, pendant leur convalescence, aux massages et à l'électrisation.

Cette thérapeutique si simple a donné les résultats suivants :

Trois fois nous ne sommes pas exactement renseigné sur la durée de l'*incapacité temporaire*. Dans les 25 cas où elle nous est connue,

8 fois elle a été de 2 mois 1/2 à 4 mois 1/2,
8 fois de 5 mois à 5 mois 1/2,
5 fois de 6 mois,
1 fois de 7 mois,
3 fois de 8 mois à 8 mois 1/2.

On voit, d'après le tableau ci-dessus, que dans près des deux tiers des cas, la période pendant laquelle le blessé a dû suspendre le travail a été de moins de six mois.

Les incapacités supérieures à six mois ont été observées chez des sujets présentant des lésions anatomiques graves (fracture bilatérale, fracture avec dislocation) ou encore des lésions associées (commotion cérébrale, sciatique, fracture concomittante du poignet, etc...).

Le taux de l'*incapacité permanente* a oscillé entre 4 % et 25 %, ainsi que l'indique le tableau suivant :

4 %......	2 cas	12 %......	3 cas
5 %......	3 »	14 %......	1 »
6 %......	1 »	15 %......	7 »
10 %......	6 »	20 à 25 %.	3 »
10 à 12 %.	1 »	25 %......	1 »

En somme, douze fois l'invalidité a été égale ou inférieure à 10 %, douze fois elle a été de 10 à 15 %, quatre fois elle a oscillé de 20 à 25 %.

Quelques-uns des blessés examinés par nous l'ont été en révision, mais la plupart l'ont été en première expertise et on peut admettre avec certitude que leur état a subi, par la suite, une amélioration dans la période des délais de révision. Tels que ces chiffres d'invalidité ne permettent pas d'attribuer un pronostic sombre aux fractures de l'arc antérieur du bassin. Devant ces résultats satisfaisants obtenus par les méthodes les plus simples de traitement qui ne font courir aucun risque aux blessés, je pense aujourd'hui, comme en 1927 et en 1928 à la Société de Chirurgie, que dans le traitement des fractures de l'arc antérieur du bassin ou dans les disjonctions symphysaires, les interventions chirurgicales, dont Dujarrier s'est fait autrefois le défenseur, ne sont guère justifiées, sauf indications spéciales. Au surplus, l'étude des faits ne montre pas que l'idée d'intervenir chirurgicalement dans les fractures de l'arc antérieur du bassin ait rencontré beaucoup d'imitateurs.

II. Fractures multiples du bassin. Fractures doubles verticales (15 cas)

Comme les précédentes, ces fractures ont été plus souvent observées chez des hommes (10 sur 15), et à l'âge moyen de la vie, de 25 à 54 ans.

Dans les cas qui nous occupent, les *lésions anatomiques* relevées étaient multiples et complexes. Les fractures des branches, les disjonctions de la symphyse ou les fractures du pubis, unilatérales le plus souvent, rarement bilatérales, s'accompagnaient de fractures des ailes, 3 fois sur 15, de fractures de la cavité cotyloïde, 3 fois sur 15, de fractures de l'extrémité inférieure du sacrum (2 cas), d'entorses graves avec disjonction de la symphyse sacro-iliaque ou arrachement des portions osseuses voisines de cette articulation, 10 fois sur 15. Ces lésions se combinaient de façons variables suivant les cas. Celles de la région pubienne, observées 5 fois sur 15 cas, entraînaient de la disjonction, de l'écartement, du dénivellement du pubis avec retentissement sur la forme et les dimensions du bassin. Une seule fois j'ai relevé l'existence d'une complication vésicale ayant entraîné à une intervention chirurgicale grave. La vessie ayant été perforée, une cystostomie dut être pratiquée trois heures après la blessure ; elle fut suivie d'un drainage de la vessie et la guérison fut obtenue au bout de deux mois et demi.

Ici, comme pour les fractures de l'arc antérieur du bassin, les grandes *manifestations cliniques* constatées au moment de notre examen, ont été la *douleur* et la *limitation des mouvements*, cette limitation intéressant la hanche et la colonne vertébrale.

Je relève l'existence de *douleurs*, parfois très vives, chez presque tous les blessés examinés (13 fois sur 15). Elles siégeaient dix fois sur le pubis et ses branches, irradiant vers la racine de la cuisse, vers les fosses iliaques en cas de fractures concomittantes intéressant les ailes et sur le trajet à la cuisse du fémoro-cutané plus ou moins irrité par la présence d'un cal siégeant sur l'aile iliaque. Dix fois la douleur occupait, au niveau de la face postérieure du bassin, la région sacro-iliaque et la région sacro-coccygienne. Quatre fois la douleur se manifestait au niveau de la colonne lombaire et de l'articulation lombo-sacrée. Ces

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

DÉNOMINATION	COMPOSITION et POSOLOGIE	INDICATIONS
CARDITONE Laboratoires LOBICA 25, rue Jasmin, Paris (16e)	*Extrait de Strophantus* *Sulfate de Spartéine* *Extrait de Muguet* 2 à 5 comprimés par jour	Cardiopathies valvulaires Myocardites - Péricardites Insuffisance cardiaque
ÉPHYNAL "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Vitamine E synthétique* Comp. : 1/2 (chez le nouveau-né) Grossesse norm. : 1 à 2 p. j. Menace d'avortement : 5, 10 ou 20 p. j.	Avortement habituel Stérilité
GLOBINOFER "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Tryptophane-histidine* *glob. fer, cuivre, manganèse* Comp. Adultes : 6 par jour Enf. : 4 par jour. Nour. : 2 p. j.	Toutes les anémies
HÉMOSTRA "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Tryptophane-histidine* Amp. 5 cm³ : 1 p. j. ss.-cut. ou intram. Amp. 2 cm³ 5, 1 p. j. ss.-cut. Amp. 1 cm³ : 1 p. j. intrad.	Anémies graves Déficiences, Angor
LACTOBYL Laboratoires LOBICA 25, rue Jasmin, Paris (16e)	*A base d'extraits opothérapiques* *Suractivés* 2 à 6 comprimés par jour	Toutes modalités de la constipation
ŒSTROBROL "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Sédobrol folliculiné* Tablettes : 1 à 2 p. j. dissoutes dans une tasse d'eau très chaude	Tous les troubles du cycle ovarien
PHILENTÉROL Laboratoires du Dr P. ASTIER 42 et 41 à 47, rue du Docteur-Blanche Paris (16e)	*Vaccin polyvalent buvable* (colibacilles, entérocoques, staphylocoques) Une ampoule par jour pendant dix jours. Reprendre la cure si nécessaire après un repos de huit à dix jours	Colites, Diarrhées, Grippe intestinale, Syndrome entéro-rénal, Appendicites, Cystites, Pyélo-néphrite gravidique Vaccination pré- et post-opératoire
ROMARÈNE Laboratoires BEAUFOUR Dreux (E.-et-L.)	*Association granulée d'extraits végétaux* *(romarin, taraxacum)* *et de citrate de soude*	Insuffisances hépatiques Petits hépatiques Vésiculaires sensibles Gastro-hépatiques
SERENOL Laboratoires LOBICA 25, rue Jasmin, Paris (16e)	*A base de :* *Peptone, Phényl-Ethyl-Malonylurée* *Héxamétylène, Tétramine, Extraits mous de belladone, de Passiflore, d'Anémone de Boldo, de Cratœgus* 2 à 5 comprimés, 1 à 3 cuillerées à café ou suppositoires dans les 24 heures	Déséquilibre neuro-végétatif Etats anxieux, Emotivité Palpitations, Dyspepsies nerveuses
STALYSINE Laboratoires du Dr P. ASTIER 42 et 41 à 47, rue du Docteur-Blanche Paris (16e)	*Vaccin curatif antistaphylococcique* *Injectable :* Injection initiale de 1/2 cc. Les suivantes de 1 cc. tous les jours *Voie buccale :* Une ampoule le matin, vingt minutes avant le petit déjeuner, dans un peu d'eau minérale ou de tisane non sucrée	Toutes affections d'origine staphylococcique Furonculose, Anthrax, Acné, etc...
VEINOTROPE Laboratoires LOBICA 25, rue Jasmin, Paris (16e)	*Parathyroïde, Ovaire (ou Orchitine)* *Surrénale, Pancréas, Hypophyse* *Marron d'Inde, Hamamelis Virginica* *Noix vomique* 4 comprimés par jour	Maladie veineuse et ses complications Puberté, Age critique

douleurs étaient réveillées, non seulement par les pressions exercées au siège anatomique des lésions, mais aussi par la marche, la position accroupie, les mouvements imprimés aux articulations de voisinage.

Treize fois sur quinze il existait une *limitation* plus ou moins prononcée des *mouvements* de la *hanche* et de la *colonne vertébrale*. Ceux de la *hanche* étaient les plus souvent atteints, deux fois seulement ils avaient conservé toute leur amplitude. La limitation des mouvements de cette articulation intéressait surtout la flexion et l'écartement de la cuisse, accessoirement, les rotations du membre. Le plus souvent la flexion de la cuisse sur le bassin restait limitée à l'angle droit, au delà le mouvement devenait douloureux ; dans trois cas elle n'atteignait pas l'angle droit et dans un de ces cas où le cotyle avait été fracturé en même temps qu'il existait d'autres lésions osseuses, il persistait une grande limitation des mouvements de la hanche, avec une attitude vicieuse de la cuisse demeurée infléchie. Quant à la limitation du mouvement d'écartement de la cuisse, liée, en grande partie, à la douleur qu'il réveillait au niveau des insertions des muscles adducteurs sur la région ischio-pubienne, elle se manifestait par la perte du tiers, de la moitié et même des deux tiers de son amplitude. Les rotations du membre inférieur étaient légèrement réduites dans près de la moitié des cas.

Les mouvements de la *colonne vertébrale* chez six de nos blessés étaient compromis, ils provoquaient un retentissement douloureux au siège des fractures ; la colonne lombaire était rigide, les mouvements d'inclinaison en avant et en arrière demeuraient limités, le sujet éprouvait une gêne plus ou moins grande pour passer de la position couchée à la position assise et ne pouvait accomplir ce mouvement sans l'aide des mains.

Chez tous nos blessés, les mouvements du genou avaient conservé toute leur amplitude. Par contre, la *marche*, 14 fois sur 15, ne pouvait être exécutée de façon correcte. Si parfois il s'agissait seulement d'une gêne légère de la marche, ralentie, s'accompagnant de tiraillements douloureux dans le bassin et les cuisses, rendant la montée et la descente des escaliers un peu pénible, mais ne s'accompagnant que d'une très légère claudication, sans attitude vicieuse du membre, nous avons vu, d'autres fois (6 fois sur 15), la marche se faire lentement, péniblement sans l'appui d'une canne, le tronc légèrement infléchi en avant, le membre inférieur placé en rotation externe et s'accompagnant d'une claudication notable.

La *station debout*, en faisant supporter tout le poids du corps au membre inférieur du côté blessé, était incertaine ou même impossible dans 4 cas sur 15.

La *position accroupie* ne pouvait être prise, 9 fois sur 15, qu'avec peine et de façon incomplète et même presque impossible.

A côté de ces signes primordiaux, la douleur et la limitation des mouvements, quelques symptômes secondaires sont à signaler :

Une *attitude vicieuse* du blessé existait 7 fois sur 15 cas ; elle se traduisait par un raccourcissement apparent de l'un des membres inférieurs placé en rotation externe, par une inclinaison du tronc soit latérale, soit en avant, par un certain degré d'ensellure lombaire ;

L'existence de *déformations osseuses* provoquées par des cals de fractures siégeant sur les branches du pubis, dans la région sacrée et sacro-iliaque, au niveau des ailes iliaques est relevée 8 fois sur 15 ; le *dénivellement* du pubis, des inégalités de la région pubienne sont signalées dans 2 cas ;

Les *mensurations* des membres inférieurs nous ont révélé l'existence, dans 6 cas, de *raccourcissements* siégeant du côté de la fracture du bassin, dont quelques-uns allaient jusqu'à trois, quatre et cinq centimètres. Elles nous ont montré, de même, une *atrophie* des muscles de la cuisse généralement modérée, ne dépassant pas un centimètre et demi dans 7 cas ;

Des *troubles urinaires* avaient persisté chez 4 sur 15 des sujets examinés, se manifestant par des troubles fonctionnels légers tels que besoins d'uriner plus pressants et plus fréquents, pertes involontaires de quelques gouttes d'urine et même, dans un cas, incontinence des urines, qui, au moment de l'examen en révision, persistait encore, quoique atténuée ; le même sujet ne pouvait pas retenir ses matières, lorsque le besoin se faisait sentir.

Aucun trouble génital n'était à signaler chez les cinq femmes atteintes de fractures complexes du bassin.

Par contre, nous avons constaté 6 fois sur 15, la présence de *troubles nerveux*, les uns d'ordre commotionnel comme nous avons l'habitude d'en observer chez les sujets chez lesquels le traumatisme a laissé persister un état très grand d'ébranlement du système nerveux général, les autres paraissant liés à une lésion matérielle de certains nerfs, le fémoro-cutané par exemple en cas de fracture de l'aile iliaque, ou encore le nerf sciatique touché dans certains de ses faisceaux nerveux, tel le cas d'un homme qui présentait les manifestations d'une parésie du sciatique poplité externe, en relation avec l'existence constatée à la radiographie, d'une fracture parcellaire du sacrum, accompagnée d'une fusée ostéophytique le long du ligament sacro-sciatique.

Parmi les *complications* observées à la suite des fractures graves du bassin, nous avons à signaler : un cas de *phlébite double* des membres inférieurs qui a laissé persister un œdème dur très développé des deux membres et qui a entraîné une incapacité temporaire prolongée de onze mois ; la persistance très prolongée d'une *fistule purulente*, située à la hauteur de l'épine iliaque antéro-supérieure, en relation avec une ostéite de l'aile iliaque fracturée, qui a nécessité deux grattages et a mis près de cinq ans à se fermer ; le développement d'une *exostose* gênante, au niveau de la branche ischio-pubienne, qui a dû être enlevée par une opération secondaire.

De tous les blessés soumis à notre examen, en dehors de ceux qui, pour des complications, ont fait l'objet des interventions ci-dessus décrites (cystostomie, grattage de la fistule, ablation d'une exostose) un seul a subi une *intervention chirurgicale* paraissant être dirigée directement sur l'un des foyers de fracture. L'opération avait été pratiquée à la hauteur de l'articulation sacro-iliaque gauche, un mois après l'accident ; elle avait été suivie de l'application d'une extension continue pendant trois semaines ; je ne saurais dire en quoi a consisté cette opération, ne possédant aucun document susceptible de me renseigner ; comme reliquat de cette opération il existait, sur la face postérieure du bassin, à hauteur de l'articulation sacro-iliaque, une cicatrice à peu près verticale, longue de treize centimètres, au niveau de laquelle les pressions révélaient de la sensibilité et des irrégularités osseuses de l'os iliaque. Tous les autres blessés avaient été soumis à la simple immobilisation au lit plus ou moins prolongée suivie quelquefois, dans la période de convalescence, de massages et d'électrisation.

Chez deux blessés seulement on avait adjoint à l'immobilisation la pose d'un appareil plâtré chez l'un, d'un appareil à extension continue chez l'autre. Ces deux blessés présentaient une fracture du fond du cotyle associée à la fracture du bassin.

Les *résultats*, obtenus à la suite des fractures graves, complexes du bassin, ont été les suivants :

Une fois nous ne sommes pas renseigné sur la durée de l'*incapacité temporaire*.

Dans les 14 cas où elle nous est connue,

1 fois	elle a été	de	3 mois 1/2,
1 fois	»	de	5 mois,
2 fois	»	de	6 mois,
2 fois	»	de	6 mois 1/2,
2 fois	»	de	7 mois,
1 fois	»	de	8 mois,
2 fois	»	de	9 et 9 mois 1/2,
1 fois	»	de	10 mois,
1 fois	»	de	11 mois,
1 fois	»	de	18 mois.

On voit, d'après ce tableau, combien sont rares les cas dans lesquels la suspension du travail a été inférieure à six mois ; il n'en existe que deux ; tandis que chez douze

blessés la durée de l'incapacité temporaire s'échelonne de six mois à dix-huit mois.

Le taux des *incapacités permanentes* a oscillé de 0 % à 60 %, ainsi que le montre le tableau suivant :

0 %......	1 cas	30 %......	3 cas
10 %......	1 »	40 %......	2 »
12 %......	1 »	50 %......	2 »
20 %......	2 »	60 %......	1 »
25 %......	2 »		

Certains de ces chiffres ont été attribués en révision à des blessés qui avaient bénéficié, en première expertise, de taux d'invalidité plus élevés ; ainsi le taux de 10 % est celui d'un blessé qui avait eu 15 % en première expertise ; le taux de 12 % celui d'un blessé qui avait eu autrefois 20 % ; le taux de 40 % celui d'un sujet qui avait été gratifié de 60 % ; le taux de 60 % celui d'un homme qui avait eu 75 % en première expertise. Malgré les améliorations toujours susceptibles de se produire entre la première expertise et l'expertise en révision, on remarquera combien les taux d'invalidité, dans cette catégorie de fractures complexes, sont élevés, puisque trois fois seulement l'invalidité est inférieure à 12 %, tandis que dans la moitié des cas, elle va de 30 à 60 %.

Ces résultats pourraient-ils être améliorés par certaines opérations d'ostéosynthèse proposées dans le traitement de la fracture double verticale du bassin, c'est ce que l'avenir dira peut-être? Mais ces opérations ne laissent pas d'être très sérieuses, d'une réalisation très difficile, chez des sujets déjà gravement atteints.

Une comparaison s'impose en terminant entre les résultats acquis dans les deux groupes de fractures que nous avons cru devoir opposer l'un à l'autre, le groupe des fractures intéressant seulement l'arc antérieur du bassin et le groupe des fractures multiples et complexes.

Dans les simples fractures des branches et de la région pubienne la *durée de l'incapacité temporaire* dans les deux tiers des cas a été inférieure à six mois et dans les autres cas n'a pas dépassé huit mois et demi ;

Dans les fractures complexes deux fois seulement la suspension de travail a été inférieure à six mois, tandis que dans les autres cas elle allait de six mois à dix-huit mois.

En ce qui concerne le *taux des incapacités permanentes* dans les fractures de l'arc antérieur, il a été, dans la grande majorité des cas, inférieur à 15 % (24 fois sur 28), et dans les autres cas 25 % est le chiffre maximum de l'invalidité qui a été atteint une seule fois ;

Dans les fractures multiples, complexes, trois fois seulement le taux de l'invalidité a été inférieur à 15 %, et dans plus de la moitié des cas il a oscillé dans des taux très élevés de 30 à 60 %.

C'est dire que les fractures intéressant la région pubienne et ses branches peuvent être considérées comme ayant un pronostic bénin et que, le plus souvent, les sujets atteints sont aptes à reprendre, à un moment donné, une vie à peu près normale. Ces faits, basés sur l'analyse des observations, confirment l'impression que j'avais toujours eue de la bénignité relative de ces fractures, tandis que le pronostic des fractures multiples est toujours sévère.

Essai de traitement de la migraine et de l'épilepsie par les solutions hypertoniques; étude clinique et expérimentale, par le Dr Jean-François Buvat. — Un volume de 155 pages, à la Librairie E. Le François, à Paris, 1938.

Les calculs de l'uretère, par Pierre Macquet, avec une préface du professeur G. Potel. — Un volume de 190 pages et 22 figures. Prix : 45 francs, chez Masson et Cie, 1939.

L'obstétrique à travers les âges, par L. Devraigne. — Un volume in-8° de 138 pages avec 77 figures dans le texte. Prix : 40 francs. Chez Gaston Doin et Cie, 1939.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 26 novembre 1940

Rapport concernant les travaux sur le service de la vaccine en 1939. — M. Lereboullet.

Rapport concernant les travaux sur les eaux minérales en 1939. — M. Lenoir.

Rapport sur les maladies épidémiques en France en 1939. — M. Tanon, au nom de la Commission d'hygiène, présente un rapport sur les maladies épidémiques en 1939. Malgré les circonstances et l'afflux de populations venant de régions très diverses, l'état sanitaire est resté excellent, grâce à la surveillance continue des services d'hygiène. Plusieurs maladies, comme la mélitococcie, la poliomyélite, la spirochétose ictéro-hémorragique ont même notablement diminué, sauf la seconde de ces affections dans deux départements. La fièvre typhoïde et la diphtérie ont marqué une légère recrudescence, dans d'autres, surtout dans ceux où étaient arrivés des réfugiés espagnols lesquels ont fourni une proportion élevée de malades par rapport aux Français. Il s'est agi de petites épidémies dont on a pu toujours éviter l'extension avec la recherche des porteurs de germes, les vaccinations, la désinfection et l'isolement rationnel, de sorte que, dans l'ensemble, ces deux maladies sont plutôt en diminution sur le territoire. Quant à la méningite cérébro-spinale, elle semble disparaître peu à peu, grâce aux nouveaux traitements et à la prophylaxie par les sulfamides.

La technique culinaire actuelle et les aliments de remplacement. Cuisine et restrictions, par M. E. Pozerski de Pomiane. — La situation économique actuelle a modifié profondément la technique culinaire. Il est impossible d'envisager, d'avance, l'exécution d'une recette de cuisine, attendu qu'on ne sait jamais ce qu'on trouvera sur le marché.

Pour improviser, pour composer et exécuter des plats, chaque jour nouveaux, il est indispensable de posséder, non pas des recettes de cuisine, mais des *bases fondamentales* de technique culinaire. Ces bases constituent la science de la *Gastrotechnie*.

Le Dr E. Pozerski de Pomiane développe cette science dont il a été le promoteur. Il ramène toute la technique culinaire à l'application de quelques principes de physique, de chimie et de biologie, à la portée de tous.

La cuisine, ainsi comprise, n'est plus un immuable art empirique. C'est une science pouvant s'adapter à toutes les circonstances, à toutes les restrictions alimentaires.

Se basant sur la Gastrotechnie, le Dr E. Pozerski de Pomiane arrive à composer des menus et des plats physiologiquement équilibrés, en employant le peu d'aliments que nous donne la carte et en utilisant intelligemment les aliments de vente libre, ainsi que les aliments de remplacement. Ceux-ci sont, par exemple, la caséine, le jus de raisin, le malt d'orge, le tourteau d'arachide, les graines de céréales, les végétaux dédaignés tels que la luzerne, les feuilles de betteraves, de radis, de navets, de choux-fleurs.

Le Dr Pozerski de Pomiane a fait, de la cuisine, une science expérimentale à la portée de tous ceux qui veulent bien se laisser guider, non plus par la routine, mais par le raisonnement.

Election *de deux membres titulaires dans la IVe section* (sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles) :

M. le Professeur Henri Bénard est élu par 50 voix sur 67 votants.

M. Georges Bourguignon est élu par 38 voix sur 65 votants.

Mme Phisalix a obtenu 16 voix, M. Boivin 7 et M. Verne 3.

Séance du 3 décembre 1940

Rapport concernant les travaux sur l'hygiène de l'enfance en 1939, par M. Lesage (lu par M. Marfan).

Le marron d'Inde. Son utilisation dans l'alimentation, par MM. J. Gautrelet et A. Carayon-Gentil. — Le ramassage systématique des marrons d'Inde s'impose en automne, les stocks devant être constitués localement. Ils seront utilisés pour l'alimentation du bétail après seul concassage, ou mieux après élimination consécutive par l'eau bouillante des principes amers du marron. Ainsi sera résolu le problème lié aux difficultés du transport et seront limitées au minimum les manipulations.

Ostéopathie complexe guérie par des doses massives de Vitamine D. — MM. Ribadeau-Dumas, Bourdon, Mignon et Mlle Masson.

Les ulcères gastriques expérimentaux par cinchophène (action de l'eau de Vichy). — MM. Chiray, Justin-Besançon et Debray.



LABORATOIRE MAUCHANT

GENNEVILLIERS (Seine)

SOCIETE DE PEDIATRIE

Séance du 19 novembre 1940

Un cas de vomissements périodiques par pincement duodénal. — MM. Lévêque et Perrot rapportent l'observation d'un nourrisson de 19 mois ayant présenté, à plusieurs reprises, des crises de vomissements bilieux. Un examen radiologique permit de mettre en évidence une distension de la moitié droite du duodénum, disparaissant dans le décubitus ventral, et confirma le diagnostic soupçonné cliniquement. L'état de l'enfant fut très amélioré par le traitement de la constipation et la cure de posture.

Observations de fièvre typhoïde chez le nourrisson. — M. Grenet et Mme Aupinel ont observé, dans un court laps de temps, un cas de typhoïde à bacilles d'Eberth, et quatre cas de paratyphoïde B chez des nourrissons. La symptomatologie fut toujours atypique : la splénomégalie et les taches rosées ne coexistèrent jamais chez le même enfant. Un cas se complique d'encéphalite et un autre d'oto-mastoïdite. L'autopsie du seul cas mortel permit de constater l'absence de lésions anatomiques spécifiques.

Anomalie gastro-œsophagienne. — MM. Ribadeau-Dumas, Chabrun et Walther.

Sur une variété de coup de chaleur. — MM. Ribadeau-Dumas et Fulconis ont observé, chez un nourrisson de 2 mois 1/2, à la suite d'un coup de chaleur, une déshydratation précoce suivie d'une diarrhée alarmante. Il fut impossible de réhydrater l'enfant autrement que par phléboclyse poursuivie pendant trois jours. La guérison survint finalement, mais une paralysie radiale transitoire complique la convalescence.

Diabète lévulosurique. — M. Paisseau et Mme Buchmann ont observé, chez un hérédosyphilitique de 11 ans 1/2, un diabète survenu 4 ans auparavant à la suite d'un ictère infectieux. Ils purent identifier dans les urines, par polénimétrie, le lévulose.

Intolérance alimentaire simulant une infection subaiguë. — M. Martrou a vu persister, à la suite d'une pneumonie compliquée d'otite, une fièvre inexpliquée qui a cédé à la suite de la suppression dans le régime alimentaire du lait et de la viande.

Maladie de Parrot observée dès le 5e jour de la vie. — M. Hallez et Mlle Garnier.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

séance du 4 octobre 1940

Un cas de maladie de Schomberg (purpura pigmentaire). — MM. Chevallier, Colin, Lange et Roger. — Observation d'un malade atteint de cette affection, laquelle en l'espèce répond à la description primitive. Diagnostic difficile avec la dermatose pigmentaire et purpurique de Favre.

Méningocèle rachidienne latérale à développement intra-thoracique. — MM. Ameuille, Wilmotte et Kudelski. — Observation d'une tumeur arrondie intra-thoracique simulant un kyste hydatique d'origine vertébrale. L'autopsie démontra qu'il s'agissait d'un diverticule globulaire de la dure-mère rachidienne. Cette méningocèle communiquait avec la dure-mère par destruction des pédicules vertébraux et de la partie attenante des corps des 8e et 9e vertèbres dorsales. Mort par déperdition de liquide céphalo-rachidien dans la plèvre.

Evolution à longue échéance de la sensibilité tuberculinique humaine. — MM. Canetti et Lacaze. — Chez 941 sujets non tuberculeux âgés de 15 à 96 ans, recherche d'une détermination quantitative de la sensibilité tuberculinique. Les auteurs ont constaté que cette sensibilité évolue constamment. Du jeune âge à l'âge mûr, on note un accroissement dont l'acmé se trouve entre 40 et 50 ans. Décroissance ensuite. Beaucoup plus tard il y a extinction totale de certaines réactions. Cette évolution tuberculinique s'explique par la survenue des réinfections qui peuvent ranimer la réactivité chez l'homme et qui s'espacent chez les sujets âgés, laissant leur sensibilité s'affaiblir ou s'éteindre.

Démembrement clinique et pathogénique de la pellagre. — MM. Villaret, Justin-Besançon et Inbona. — Pour les auteurs le syndrome pellagreux relève d'une multicarence. Les troubles mentaux, les accidents digestifs, les lésions cutanéo-muqueuses relèvent d'une avitaminose nicotinique. C'est celle-ci qui conditionne l'évolution mortelle de la pellagre. La polynévrite est due à l'avitaminose B_1 ; la cheilite, la perlèche à l'avitaminose B_2 ; l'atteinte musculaire à l'avitaminose B_6. Donc, en présence d'une pellagre il faut faire le bilan des carences et les traiter par la vitamine spécifique.

Les formes cliniques de l'avitaminose nicotinique (en dehors de la pellagre). — MM. Villaret, Justin-Besançon et Inbona. — Les auteurs décrivent des formes monosymptoma-

tiques ; formes mentales (carence nicotinique), évoluant vers la mort ; formes digestives (glossite, stomatite, aphtoïde, dyspepsie, rectite) ; formes cutanées (érythèmes, pigmentations, hydroa vacciniforme ; forme de l'enfant due à des erreurs de régime. Pour l'étiologie, retenir le régime insuffisamment riche en viande, en lait, en œufs. Le diagnostic se fait surtout par l'épreuve thérapeutique (action rapide de la vitamine nicotinique).

Séance du 11 octobre 1940

Les cycles du staphylocoque et du streptocoque, déduits des pyodermites de guerre. — M. H. Jausion estime que la récente guerre a fait ressortir la préséance du streptocoque sur le staphylocoque dans les pyodermites.

Traitement de l'hypotension artérielle par l'iodure et le bromure de magnésium. — MM. Félix Ramond et Quiserne. — La combinaison de l'iodure et du bromure de magnésium donne surtout une stabilisation très nette de la tension artérielle. L'iodure de magnésium est préférable à l'iodure de potassium, car à dose égale, il est plus riche en iode, et a une action diurétique.

Apparition de granulations « pathologiques » après inoculation de sang (ou de sérum) de tuberculeux. Comparaison des résultats obtenus avant et après filtration des produits à inoculer. — MM. R. Benda et J. Nicolas.

Etude du métabolisme des lipides dans les ictères bénins. — MM. P. Nicaud, M. Laudat et P. Breton.

Etude du métabolisme des lipides dans la spirochétose ictéro-hémorragique. — MM. P. Nicaud, M. Laudat et P. Breton.

Sur un cas d'érythrémie avec leucémie aiguë terminale. Erythroleucémie ou crypto-érythroblastose. — MM. Georges Marchal, M. Chambon et P. Breton.

Allergie et réinfection tuberculeuse. — M. Jean Paraf souligne l'extrême rareté des faits de disparition de la cuti-réaction chez un individu, comme celui rapporté par M. Chevalley.

Dans une collectivité bien isolée d'enfants suivie pendant plus de dix ans, il a toujours vu les réactions positives.

Dans les cas exceptionnels comme ceux rapportés, il peut s'agir d'une simple disparition de l'allergie cutanée, ou d'une infection par un bacille dysgonique, un bacille aviaire ou paratuberculeux.

De toutes façons un fait domine et persiste incontestable : le comportement différent des individus allergiques ou l'ayant été vis-à-vis d'un contage qui se montre efficace ou même meurtrier pour des individus vierges.

Séance du 18 octobre 1940

Amélioration des douleurs des tabétiques par la vitaminothérapie. — M. Gougerot. — A trois tabétiques présentant des douleurs intolérables, l'auteur a songé à appliquer la vitaminothérapie (1 centigr. de vitamine B_1 tous les deux jours en injection intra-musculaire) ; une amélioration sensible apparut rapidement. Ce fait démontre que l'action de la vitamine B_1 se produit dans des cas d'étiologie différente.

Le Dr Justin-Besançon rappelle à ce propos les résultats vraiment surprenants qu'il a obtenus avec la vitamine B_1, en injection intra-veineuse et intra-rachidienne, dans les polynévrites alcoolo-tuberculeuses, dont la symptomatologie est toujours si grave.

Le Dr Fiessinger déclare que les trois modes d'administration (digestive, intra-musculaire et intra-veineuse), agissent différemment et qu'il y a lieu de les préférer l'un à l'autre suivant les cas.

Observations relatives au syndrome endocrino-hépato-cardiaque. — MM. de Gennes et Germain. — Ce syndrome est caractérisé par des signes endocriniens multiples, une cirrhose bronzée et une insuffisance cardiaque, déterminant la mort en quelques jours. Dans un cas, on note un myocarde bourré de pigments, ce qui serait la cause de la défaillance cardiaque. Dans un autre cas, les fibres myocardiques ne contenaient pas de pigments. Ces deux faits semblent appuyer cette opinion que le syndrome est dû à une insuffisance endocrinienne primitive.

Un cas d'épilepsie Jacksonnienne à type dysarthrique. — MM. Laignel-Lavastine, Puech et Vidart. — Observation d'un malade de 27 ans atteint d'épilepsie Jacksonnienne à type de dysarthrie et de troubles sensitivo-parétiques des membres supérieur et inférieur droits, séquelles d'une infection encéphalitique atténuée, caractérisée par de la diplopie. On pratique, le 24 septembre, une injection de 45 cc. d'air par voie lombaire, laquelle détermina une vive douleur frontale et pariétale gauche, et qui fut suivie, 4 jours plus tard, de la disparition de la douleur et des troubles dysarthriques.

Cette injection d'air par voie lombaire, libéra sans doute l'adhérence cortico-méningée de la frontale ascendante gauche et fit disparaître les troubles fonctionnels qui avaient déterminé l'hospitalisation.

Chondrectomie dans l'asthme. — MM. P. Huet et Blamoutier. — Observation d'un malade atteint de mal asthmatique bronchique grave, ayant subi, à 29 ans, une résection bilatérale de trois cartilages costaux. Une amélioration rapide et tenace suivit l'intervention. Une autre observation a trait à un malade, grand asthmatique depuis l'enfance, présentant un blocage thoracique total, chez lequel une résection cartilagineuse amena une amélioration telle qu'il peut suffire à une vie fatigante sans troubles respiratoires.

Syndrome de B.-Séquard atypique par méningo-myélite syphilitique. — MM. Germain et Picard. — Homme de 24 ans, syphilitique latent, chez lequel s'est révélée à l'occasion d'excès génitaux, une méningo-myélite spécifique réalisant un syndrome de B.-Séquard atypique, consécutif sans doute à une hémorragie médullaire.

Myélite nécrotique subaiguë consécutive à l'injection intra-rachidienne de soludagénan dans un cas de méningite cérébro-spinale. — MM. Germain et Picard. — Observation d'un soldat atteint de méningite cérébro-spinale qui, après une deuxième injection intra-rachidienne de soludagénan, présente une paraplégie flasque complète, aboutissant à la cachexie. Les auteurs croient à une action caustique locale de l'agent thérapeutique.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

25 Nos 81-82. — 11-14 DECEMBRE 1940. 113e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX



CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS, 6e.** **Tél. : Danton 48-31.**

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
mois : **15** fr. — 6 mois : **30** fr. — 1 an : **54** fr.
Etudiants : **30** francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : **78** francs.
Tous les autres pays : **90** francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 54-93 - VAUGIRARD 42-20

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Un certain nombre de places d'assistants des consultations générales de médecine et de chirurgie, seront vacantes le 1er janvier prochain dans les hôpitaux dépendant de l'administration générale de l'assistance publique à Paris.

Les candidats qui doivent justifier de la double qualité de docteur en médecine et d'ancien interne des hôpitaux de Paris, comptant quatre années d'internat, sont priés de s'adresser au Bureau du Service de santé de cette administration (3, avenue Victoria), avant le 15 décembre prochain, dernier délai.

Secrétariat général à la famille et à la santé. — *Sont nommés membres du Comité consultatif d'hygiène de France et conseillers sanitaires techniques :*

Alcoolisme et toxicomanie : M. Peron, médecin des hôpitaux de Paris.

Alimentation : M. le prof. Schoeffer (de Strasbourg).

Cancer : M. Roux-Berger, chirurgien des hôpitaux de Paris, chirurgien de la Fondation Curie.

Chirurgie infantile et orthopédique : M. Marcel Fevre, agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux.

Eau et assainissement. — Urbanisme et hygiène rurale : M. Vignerot, inspecteur général honoraire du génie rural.

Epidémiologie : M. le prof. Lemierre, membre de l'Académie de Médecine, prof. à la Faculté de Médecine, médecin des hôpitaux de Paris.

Hydrologie et climatologie : M. le prof. Rathery, membre de l'Académie de Médecine, prof. à la Faculté de Médecine de Paris, médecin des hôpitaux.

Hygiène générale : M. le prof. Tanon, membre de l'Académie de Médecine, prof. à la Faculté de Médecine de Paris.

Maladies vénériennes : M. Degos, médecin des hôpitaux de Paris.

Médecine générale : M. J. Renault, membre de l'Académie de Médecine, médecin honoraire des hôpitaux de Paris.

Obstétrique : M. Jean Ravina, accoucheur des hôpitaux.

Ophtalmologie : M. Coutela, médecin ophtalmologiste des hôpitaux de Paris.

Pharmacie : M. Cheymol, pharmacien des hôpitaux de Paris.

Pédiatrie : M. Cathala, agrégé, médecin des hôpitaux de Paris.

Propagande : M. Viborel, chef du service de la propagande au Comité national de défense contre la tuberculose.

Psychiatrie : M. Delay, agrégé, médecin des hôpitaux.

Stomatologie : M. le médecin général Bercher, chirurgien des hôpitaux militaires.

Toxicologie, laboratoires : M. le prof. Fabre, à la Faculté de Pharmacie de Paris.

Tuberculose pulmonaire : M. Rist, membre de l'Académie de Médecine, médecin des hôpitaux de Paris.

Sont nommés membres du Comité consultatif d'hygiène de France :

MM. Blanquis, inspecteur des écoles ; le médecin général inspecteur Maurice Blanchard (des troupes coloniales) ; Henri Bonnet, agrégé à la Faculté de Médecine de Paris ; Boucomont, chargé des fonctions d'agrégé à la Faculté de Médecine de Mont-

pellier ; Boulanger, agrégé à la Faculté de Médecine de Lille ; Routet, directeur d'école à Gif-sur-Yvette ; Briau, ancien directeur de bureau d'hygiène ; Brouardel, membre de l'Académie de Médecine, médecin des hôpitaux de Paris ; A. Chevallier, prof. à la Faculté de Médecine de Marseille ; le prof. Chiray, prof. d'hydrologie à la Faculté de Médecine de Paris, médecin des hôpitaux de Paris ; Chretien, directeur des services vétérinaires à la Préfecture de police ; Robert Clement, médecin des hôpitaux de Paris ; Comandon, médecin des hôpitaux de Lyon ; Courcoux, médecin des hôpitaux de Paris ; le prof. Courmont, prof. à la Faculté de Médecine de Lyon ; De Coutard, ingénieur en chef des mines du Puy-de-Dôme ; Cruveilhier, chef de service à l'Institut Pasteur ; G. Dabat, ingénieur du génie rural ; Damiens, doyen de la Faculté de Pharmacie de Paris; Douady, médecin directeur du sanatorium des étudiants de Saint-Hilaire-du-Touvet ; Evrot, directeur général du Comité national de défense contre la tuberculose ; Duvoir, agrégé, chargé de cours à la Faculté de Médecine de Paris, médecin des hôpitaux de Paris ; Flurin, membre correspondant de l'Académie de Médecine, président du syndicat des stations thermales ; Fontaine, ingénieur en chef des ponts et chaussées, inspecteur général adjoint au directeur général des travaux de Paris ; Godlewski ; Guillerd, inspecteur général honoraire du service de contrôle des eaux de Paris ; Georges Heuyer, médecin des hôpitaux de Paris, médecin de l'infirmerie spéciale de la Préfecture de police ; Julien Huber, médecin de l'hôpital Hérold ; Jame, médecin colonel, prof. agrégé au Val-de-Grâce ; Koch, ingénieur en chef des ponts et chaussées, ingénieur en chef de l'assainissement de Paris ; Jean Lacassagne, ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Lyon ; Lacassagne, directeur de l'Institut du radium ; Maurice Lemoigne, prof. à l'Institut Pasteur et à l'Institut national agronomique ; Le Bourdellès, médecin colonel, prof. au Val-de-Grâce ; Lepape, chargé de cours au collège de France ; le prof. Roger Leroux, prof. à la Faculté de Médecine de Paris ; Lesné, membre de l'Académie de Médecine, médecin honoraire des hôpitaux ; Le Sirat, chef du contrôle des eaux de la ville de Paris ; le prof. Machebœuf, prof. à la Faculté de Médecine de Bordeaux ; le prof. Margarot, prof. à la Faculté de Médecine de Montpellier ; Marquezy, médecin des hôpitaux de Paris ; Melnotte, agrégé à la Faculté de Médecine de Nancy, directeur régional de la famille et de la santé ; Moine, chef du service de la statistique au Comité national de défense contre la tuberculose ; le prof. Mouriquand, membre correspondant de l'Académie de Médecine, prof. à la Faculté de Médecine de Lyon ; Louis Patrix, ingénieur en chef du génie rural ; le prof. Pautrier, à la Faculté de Médecine de Strasbourg ; Lucien Perin, médecin chef de Saint-Lazare ; Maurice Puteaux, architecte de la Préfecture de police ; le prof. Paul Rohmer, prof. de clinique infantile à la Faculté de Médecine de Strasbourg ; le médecin général inspecteur Sacquepée, membre de l'Académie de Médecine ; le prof. Santenoise, à la Faculté de Médecine de Nancy ; Sentenac, inspecteur général, chef du service technique des eaux et de l'assainissement de la ville de Paris ; le prof. Simonin, prof. de médecine légale à la Faculté de Médecine de Strasbourg ; H. Simonnet, prof. à l'école vétérinaire d'Alfort ; Etienne Sorrel, chirurgien des hôpitaux de Paris ; le prof. Tiffeneau, prof. à la Faculté de Médecine de Paris ; le prof. Troisier, prof. de clinique de la tuberculose à la Faculté de Médecine de Paris.

Les sections du Comité consultatif d'hygiène de France sont constituées comme suit :

Section de l'enfance : MM. Pierre Bianquis, Boucomont, Jean Cathala, Robert Clement, Georges Heuyer, Julien Huber, Lesne, R. Marquezy, Mouriquand, Jean Ravina, Paul Rohmer.

Tuberculose : MM. Courcoux, Courmont, Douady, Evrot, Etienne Sorrel, Rist, Troisier.

Maladies vénériennes : MM. Degos, Jean Lacassagne, Margarot, Pautrier, Lucien Périn.

Cancer : MM. Lacassagne, Leroux, Roux-Berger.

Alcoolisme et toxicomanie : MM. Brouardel, Delay, Duvoir, Fabre, Parisot, Peron.

Laboratoire, sérums et vaccins : MM. Henri Bonnet, Boulanger, Cruveilhier, Damiens, Fabre, Cheymol, Ramon, Tiffeneau.

Eaux, assainissement, urbanisme, hygiène rurale : MM. Chavaillon, G. Dabat, Fontaine, Koch, Le Strat, J. Parisot, Louis Patrix, Maurice Puteaux, Rochaix, Sentenac, Vignerot.

Stations hydrominérales, climatiques et nvales : MM. Chiray, De Coutard, Fabre, Flurin, Guillerd, Lepape, Rathery, Santenoise.

Alimentation : MM. A. Chevallier, Maurice Lemoigne, Machebœuf, Mouriquand, H. Simonnet, G. Schoeffer.

Epidémiologie : MM. Blanchard, Le Bourdelles, Lemierre, Melnotte, Sacquepée, J. Renault.

Propagande et éducation sanitaire (ex-commission de la propagande du C. S. d'H. S.) : MM. Comandon, Courcoux, Godlewski, Jame, Moine, Tanon, Viborel.

MM. le docteur Jules Renault et le professeur Tanon sont nommés *vice-présidents du Comité consultatif d'hygiène de France.*

M. le docteur Briau remplira les fonctions de *secrétaire.*

(*J. O.*, 4 décembre 1940.)

Famille et Santé. — M. le médecin lieutenant-colonel Boide, professeur agrégé au Val-de-Grâce, est nommé inspecteur général à la santé, en remplacement de M. le Dr Leclainche, appelé à d'autres fonctions.

Guerre. — M. le médecin général des troupes coloniales Ringenbach a été placé, à compter du 15 novembre 1940, dans la 2e section (réserve) du cadre du corps de santé militaire des troupes coloniales (*J. O.*, 16 novembre 1940).

(*Réserve*). — Par arrêté du 12 novembre 1940, l'officier du service de santé ci-après désigné est nommé avec son grade officier de réserve, à compter du jour de sa radiation des contrôles de l'armée active :

M. Poy (Gabriel-Charles), médecin lieutenant-colonel.

Voir la suite des Informations, page 749.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

DÉNOMINATION	COMPOSITION et POSOLOGIE	INDICATIONS
BÉNERVA "ROCHE" Produits ROCHE, 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Aneurine cristallisée* *(Vitamine B_1)* Comp. 1 mg. : 2 à 4 p. j. Amp. 1 cm³ (2 mg) : 1 à 2 p. j. Amp. 1 cm³ (10 mg) : 1 p. j.	B_1-Hypovitaminoses Surmenage, Algies, Polynévrites, etc.
COLITIQUE Laboratoires du Dr P. ASTIER 42 et 41 à 47, rue du Docteur-Blanche Paris (16e)	*Vaccin curatif anticolibacillaire* Adopté par les Hôpitaux et le Ministère des Colonies *Voie buccale* : Une ampoule le matin à jeun, vingt minutes avant le petit déjeuner, dans un peu d'eau minérale ou de tisane non sucrée	Toutes affections à colibacilles Gastro-entérite, Pyélonéphrite, Cystite, Maladies infectieuses des organes génitaux féminins, Ictère, etc...
ENDOPANCRINE Laboratoire de l'ENDOPANCRINE 48, rue de la Procession, Paris (15e)	*Solutions d'Insuline purifiée injectables*	Diabète et ses complications Cure d'engraissement Insuffisances cardiaques Ménorragies d'origine ovarienne
IODALOSE Laboratoires GALBRUN 10, rue Guynemer, Saint-Mandé (Seine)	*Gouttes titrées* *renfermant 5 cgr. d'iode par cc.* *Première combinaison directe de l'iode avec la peptone*	Remplace Iode et Iodures dans toutes leurs applications internes *sans iodisme*
LARISTINE "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Solution à 4 p. 100* *de monochlorhydrate Histidine* Amp. 5 cm³ : 1 p. j. intram. Amp. 1 cm³ : 1 p. j. intraderm.	Maladie ulcéreuse gastro-duodénale
LYSAPYRINE (402 M) Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Sulfamide pyridique aluminique*	Gonococcies - Pneumococcies Streptococcies - Méningococcies
LYXANTHINE ASTIER Laboratoires du Dr P. ASTIER 42 et 41 à 47, rue du Docteur-Blanche Paris (16e)	Composé anti-arthritique *Iodo-propanol sulfonate de sodium* *Bitartrate de lysidine* *Gluconate de calcium* Granulé effervescent Une cuillerée à café le matin à jeun	Goutte, Gravelle, Rhumatismes Névralgies rhumatismales, Arthrites Cellulites
OLÉTHYLE-BENZYLE LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS 112, faubourg Saint-Honoré, Paris (8e)	*Benzoate de Benzyle pur*	Hypertension Angine de poitrine Tous états spasmodiques
PULMOREX (109 M) Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Dérivé soluble de la Sulfamide* *(Paraaminophényl-sulfamide méthylène sulfonate de soude)*	Traitement des voies respiratoires Infections du cavum Streptococcies - Gonococcies
SEL DE HUNT Laboratoire Alph. BRUNOT 16, rue de Boulainvilliers, Paris (16e)	*Granulé friable,* *à base de carbonates absorbants,* *neutralisants et calmants* (Na, Ca, Mg)	Hyperchlorhydrie Fermentations acides Gastralgies

LA COLLAPSOTHÉRAPIE ACCÉLÉRÉE

Quelques observations de pneumothorax thérapeutiques rapidement installés.

Par M. Etienne Bernard
Professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon
Mlle A. Lotte et M. J. Nick
internes des hôpitaux

Nous avons eu plusieurs fois l'occasion, au cours de l'année 1938, d'instituer des pneumothorax thérapeutiques chez des sujets atteints d'hémoptysies abondantes et rebelles. Dans ces cas la collapsothérapie, comme il est classique, fut accélérée car il était nécessaire de réaliser très rapidement le collapsus du poumon malade. Plutôt que des injections massives de gaz, nous avons pratiqué des insufflations itératives deux fois par jour, deux ou trois jours de suite, de sorte que 48 heures après le début de notre intervention nous avions introduit 1.500 à 1.800 cmc. d'air dans la plèvre.

Nous avons observé, dans ces cas, l'arrêt de l'hémoptysie. Nous avons, de plus, fait cette constatation que la collapsothérapie ne déterminait qu'un minimum de symptômes fonctionnels : peu ou pas de dyspnée et encore passagère, une douleur thoracique nulle ou modérée, une accélération très transitoire du pouls, une fois seulement quelques palpitations de courte durée chez un sujet spécialement émotif. Nous lisons dans Dumarest (*La pratique du pneumothorax thérapeutique*, 4e édition, p. 97), que « lorsqu'un pneumothorax est réalisé d'urgence et que le collapsus pulmonaire est obtenu en une seule insufflation, les phénomènes subjectifs éprouvés par le malade sont souvent assez marqués ». Il nous est apparu qu'en réalisant ce collapsus, non en une seule insufflation, mais en quatre ou cinq insufflations rapprochées, on obtenait, en 48 heures, une suppression du symptôme morbide qu'on désirait combattre et une tolérance complète de l'organisme.

Ayant fait cette remarque, nous avons pensé que les malades qui présentaient une tuberculose pulmonaire à type hémoptoïque ne devaient pas avoir le monopole de cette tolérance à l'égard de la collapsothérapie accélérée. C'est ainsi que nous avons été amenés à essayer cette méthode pour traiter les tuberculeux pulmonaires non hémoptoïques.

Nous avons présenté les détails de cette technique et le résultat de nos premiers essais à la Société d'Etudes scientifiques sur la Tuberculose, le 9 novembre dernier.

La technique n'a pas été uniforme pour tous les sujets traités.

Le rythme des insufflations a varié, tantôt assez accéléré, tantôt accéléré, tantôt très accéléré.

Assez accéléré : une insufflation par jour pendant trois ou quatre jours.

Accéléré : deux insufflations le même jour (soit le premier jour, soit le lendemain) suivies de 2 ou 3 insufflations quotidiennes.

Très accéléré : deux insufflations le même jour, pendant 2 jours de suite, suivies d'une ou deux insufflations quotidiennes.

La quantité d'air injecté à chaque insufflation a été variable suivant les cas. Elle a oscillé le plus souvent entre 300 et 400 cmc. Elle a été parfois réduite à 200 ou 250 cmc. Elle n'a jamais dépassé 450 cmc.

La répétition des insufflations est moins traumatisante pour la plèvre que des insufflations trop copieuses (Dumarest).

Après cette série rapide nous instituons le plus souvent le rythme classique, c'est-à-dire celui qui est habituellement en usage 12 ou 15 jours après la première insufflation ; parfois, cependant, nous maintenons pendant une semaine une insufflation tous les 2 jours.

La quantité totale d'air injecté au deuxième jour, soit après 24 heures, a varié de 725 à 1.050 cmc., au troisième jour, c'est-à-dire après 48 heures, de 900 à 1.750 cmc. Il n'y a pas une technique standard appliquée à tous les cas. Le volume des insufflations dépend de l'état des lésions, de l'aspect radiologique du collapsus et surtout des pressions pleurales.

Les lésions auxquelles nous avons appliqué cette technique ont été variables. Il s'est agi, le plus souvent, soit d'une lobite, soit d'une infiltration excavée du sommet ou de la partie moyenne du poumon ; dans certains cas, il s'est agi d'infiltration dense ; dans un ou deux cas de lésions mal limitées et multi-excavées. Cette dernière catégorie représente une mauvaise indication ; avec l'expérience que nous avons aujourd'hui, nous la considérons même comme une contre-indication. Les cas les plus indiqués nous semblent être les infiltrations récentes, limitées, excavées ou non.

La surveillance radioscopique avant et après l'insufflation est une mesure indispensable. Avant l'insufflation la vision d'une bride tirant le parenchyme pulmonaire en regard d'une caverne commande bien entendu une injection modérée ; après l'insufflation, la vision d'un collapsus pulmonaire très poussé commande d'éloigner la séance suivante.

Le contrôle fréquent de la pression pleurale au cours de l'introduction de l'air est également indispensable. Nous nous maintenons toujours en pression négative, nous tendons vers le O expiratoire sans le dépasser.

C'est sans doute grâce à ces précautions que nous avons observé un minimum de troubles fonctionnels, même quand nous avons injecté plus de 1.500 cmc. d'air en 48 heures. Dans deux cas nous avons noté un peu de dyspnée, dans deux cas de la tachycardie, mais ces symptômes ont été de courte durée et n'ont eu, en aucune façon, un caractère pénible.

Nous donnerons ici le résumé de douze observations :

Bar..., 34 ans, début progressif en janvier 1939 ; le 9 mai le film montre une image de caverne dans la région sous et rétro-claviculaire gauche avec une infiltration péri-cavitaire peu importante, le reste du champ pulmonaire est indemne ainsi que le poumon droit.

10 mai matin	—12	— 6	350	— 8	— 4
10 mai soir	—10	— 4	350	— 8	0
11 mai matin	— 8	— 2	350	— 6	0

Ainsi on a insufflé 1.050 cmc. d'air en 24 heures. Une radio du 11 mai montre un décollement total. Signes généraux et fonctionnels : rien à signaler, sauf une recrudescence de l'expectoration.

12 mai	— 8	— 2	400	— 6	0
13 mai	—12	— 4	250	—10	0
15 mai	—10	— 2	250	— 6	0

Ainsi on a insufflé 1.950 cmc. d'air en 6 jours. La radio du 16 mai montre un très bon décollement avec diminution du volume de la caverne. Il y a une petite bride à son niveau. A partir de ce moment les insufflations sont faites un jour sur deux pendant une semaine. Rapidement l'expectoration n'est plus bacillifère. Le 20 juillet pleuroscopie ; la bride n'a pu être sectionnée mais sur le cliché du 21 juillet elle n'est plus visible. Le collapsus est encore amélioré, la caverne n'est plus visible. Bon état général, évolution favorable.

Tes..., 32 ans, début progressif ; le 19 juin 1939, un film montre une caverne volumineuse dans la région sous-hilaire droite avec niveau liquide.

21 juin matin	—12	— 6	400	— 8	— 4
21 juin soir	— 8	— 4	250	— 6	— 2
22 juin matin	—10	— 4	300	— 6	— 4

Ainsi on a insufflé 950 cmc. d'air en 24 heures. Les insufflations sont bien supportées, sans troubles fonctionnels et sans modifications notables du pouls. Une radio du 22 juin montre un bon décollement avec une bride.

23 juin	—12	— 4	350	— 6	— 2

Le malade a reçu 1.300 cmc. d'air au troisième jour. On espace les insufflations, une tous les 2 jours, puis tous les 4 jours. Section de bride le 24 juillet. Une radio du 26 juillet montre un très bon décollement. L'état général est satisfaisant.

Mac..., 16 ans, début récent, épisode fébrile, hémoptysies, une caverne sous-claviculaire droite dans un foyer d'infiltration mal limitée et qui s'étend assez bas. Le poumon gauche semble indemne.

10 mai	—12	— 4	400	— 8	— 2
11 mai	—10	— 4	350	— 6	— 2
12 mai	—12	— 6	400	— 8	0

On a insufflé 1.150 cmc. d'air en 48 heures. Après la troisième insufflation légère dyspnée, recrudescence de la toux et de l'expectoration. Ces signes fonctionnels vont disparaître rapidement, l'expectoration sera vite tarie. Une radio du 12 mai montre un décollement assez satisfaisant sauf au sommet ; plusieurs brides.

13 mai	—12	— 2	200	— 8	0
15 mai	—14	— 4	300	— 8	0

Ainsi on a insufflé 1.600 cmc. au sixième jour. Ensuite une insufflation tous les deux, puis tous les trois jours. Le 20 juin, section de bride, amélioration du collapsus, quoique une partie seulement du système adhérentiel ait pu être coupée. La bacilloscopie reste positive. En juillet, poussée liquidienne et poussée thermique. Au début d'août, la malade sort sur sa demande, l'épanchement est en régression, mais la bacilloscopie est encore positive.

Car..., 19 ans, hémoptysie en 1938, nouvelles hémoptysies en mai 1939, amaigrissement ; B. K. positif. Un film du 12 mai 1939 montre une infiltration rétro et sous-claviculaire gauche.

20 mai	—14	—10	400	— 8	— 2
21 mai	—11	— 8	450	— 9	— 7
22 mai	—14	—10	450	— 8	— 6

Ainsi on a insufflé 1.350 cmc. au troisième jour ; insufflations très bien supportées, une radio du 22 mai montre un décollement total.

23 mai	—16	—10	450	—10	— 6
24 mai	—10	— 8	300	— 6	— 4

Ainsi on a insufflé 2.100 cmc. au cinquième jour. Très bien supporté ; excellent décollement, insufflations toutes les semaines ; la malade part pour Guébriant en très bon état.

Til..., 25 ans, début progressif en mars 1939 par des signes généraux ; une pleurite droite dans les antécédents. Le 30 mai 1939, une radio montre une infiltration étendue à tout le lobe supérieur gauche et excavée en son centre, le poumon droit est indemne.

12 juin	—10	— 6	400	— 8	— 4
13 juin matin	—12	— 6	300	—10	— 2
13 juin soir	— 8	— 2	200	— 5	— 2
14 juin	—10	— 2	350	— 6	0

Ainsi on a insufflé 1.250 cmc. d'air au troisième jour, aucun symptôme fonctionnel anormal, une radio du 14 juin montre un décollement étendu, mais un collapsus peu important, car il y a une bride au regard de la caverne ; les insufflations se font tous les deux, puis tous les trois jours, disparition rapide des bacilles dans l'expectoration, le malade part pour La Bruyère en assez bon état.

Top..., 24 ans, hémoptysies en septembre 1940. Une radio du 20 septembre montre une caverne assez volumineuse à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur à gauche.

23 septembre matin.	— 9	— 6	350	— 8	— 2
23 septembre soir...	— 8	0	200	— 6	+ 1
24 septembre	—10	— 5	225	— 6	— 1
25 septembre	—12	— 4	225	— 8	0

Ainsi on a insufflé 750 cmc. d'air au bout de 48 heures. Une radio du 26 septembre montre un excellent décollement, on met alors les insufflations au rythme classique. Très bon état général.

Sou..., 17 ans, début progressif en mai 1939. Une radio du 20 juillet montre, au sommet gauche, deux cavernes superposées au milieu d'une zone d'infiltration en mie de pain qui occupe les deux tiers supérieurs du poumon. Etat général médiocre.

27 mai matin	—16	—10	400	— 8	— 4
27 mai soir	— 6	— 2	350	— 4	0
28 mai	— 8	— 4	300	— 4	0
29 mai	—10	— 4	350	— 6	— 2

Ainsi on a insufflé 1.400 cmc. d'air au troisième jour. Aucun trouble fonctionnel. Une radio du 29 mai montre un assez bon collapsus, mais un important système adhérentiel, les insufflations sont faites ensuite tous les 2 puis tous les 4 jours. Les cavités restent visibles, tendues par le système adhérentiel. Chrysothérapie intra-pleurale. Section de brides le 22 septembre. Amélioration du collapsus, légère réaction liquidienne. Etat général moyen.

Teil..., 26 ans, début en septembre 1938 par une hémoptysie. Une radio du 15 mai 1939 montre une infiltration excavée, caverne assez volumineuse, du lobe supérieur gauche.

19 mai	—14	— 9	400	— 8	— 6
20 mai matin	—11	— 9	400	— 6	— 3
20 mai soir	— 7	— 3	400	— 5	— 2
21 mai	— 8	— 5	350	— 6	— 3

Ainsi on a insufflé 1.550 cmc. au troisième jour. Bien toléré ; pas de dyspnée, un peu de tachycardie transitoire. Une radio du 21 mai montre un décollement assez satisfaisant, mais une bride apicale. Les insufflations sont faites au rythme habituel ; en août, section de brides, amélioration du collapsus. Bon état.

Lag..., 26 ans, début progressif au début de 1939 ; un film du 20 avril 1939 montre une infiltration limitée dans la région sous-claviculaire droite.

27 avril matin	—14	— 6	400	— 8	— 2
27 avril soir	— 8	— 2	200	— 6	— 2
28 avril	— 8	— 3	250	— 6	— 2
29 avril	— 8	— 4	300	— 6	— 3
30 avril	— 8	— 4	400	— 6	— 3

On a insufflé 1.550 cmc. d'air au quatrième jour. Très bien supporté. Une radio du 30 avril montre un très bon décollement malgré une bride apicale, on reprend le rythme classique. Disparition rapide des bacilles.

Lou..., 24 ans, début récent progressif par signes généraux. Une radio du 17 mai 1939 montre une infiltration du sommet droit avec une petite caverne.

1er juin matin	—14	— 6	350	— 8	— 2
1er juin soir	— 8	— 2	350	— 6	0
2 juin	— 8	— 2	350	— 6	0

Ainsi on a insufflé 1.050 cmc. d'air au deuxième jour ; ni dyspnée, ni tachycardie, le malade tousse et crache un peu plus. Un film du 2 juin montre un bon décollement avec bride apicale. Insufflations tous les 2 jours, puis tous les 4 jours. La bride apicale s'étend et ne semble pas gêner le collapsus. Bon état général ; part pour Angicourt le 28 juillet.

Mer..., 37 ans. Reconnu porteur d'une affection pulmonaire à l'occasion d'un examen systématique passé au moment de la visite d'incorporation à la fin du mois de novembre 1939. Une radio du 7 décembre montre à droite une plage d'infiltration dense transversale à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur du poumon.

12 décembre matin .	— 8	— 4	350	— 6	— 2
12 décembre soir ...	— 6	— 2	300	— 4	0
13 décembre matin .	— 8	— 2	400	— 6	— 1
13 décembre soir ...	— 5	— 1	300	— 4	0
14 décembre	— 6	0	300	— 4	+ 1

On a insufflé 1.550 cmc. d'air au troisième jour, exactement en 48 heures. Très bien supporté ; un film du 14 décembre montre un décollement total avec une bascule du lobe supérieur d'ailleurs bien supportée. Les insufflations sont mises au rythme classique. Bonne évolution dans la suite. Le malade a été suivi par nous à l'Hôpital Complémentaire de Magnanville. Son état est satisfaisant.

Rat..., 42 ans, début en juillet 1940 par des signes généraux progressifs. Un film du 17 septembre montre une infiltration largement excavée du lobe supérieur gauche.

24 septembre	— 9	— 5	350	— 7	— 2
25 septembre	— 8	— 5	350	— 6	— 2
26 septembre	— 5	— 1	200	— 3	0
28 septembre	— 5	— 1	200	— 4	0

Ainsi on a insufflé 1.100 cmc. d'air au cinquième jour. Nous avons été plus prudents que dans les observations précédentes, compte tenu d'une bride située en regard de la caverne, du volume de cette caverne et de la couche de parenchyme relativement faible autour d'elle.

Les insufflations sont faites ensuite suivant le rythme classique. Section de bride le 22 octobre, moins de quatre semaines après la première insufflation. Un film du 28 octobre montre un décollement total, un excellent collapsus. Très bon état général.

De ces observations se dégage cette notion que l'on peut installer en trois ou quatre jours, parfois en deux, le collapsus que l'on installe classiquement en douze ou quinze jours. Grâce aux précautions que nous avons prises, étroite surveillance radiologique, insufflations en pressions néga-



LABORATOIRE MAUCHANT

GENNEVILLIERS (Seine)

tives, nous n'avons observé aucun incident particulier, nous n'avons pas constaté plus d'épanchements pleuraux qu'avec la technique habituelle, nous n'avons jamais observé de perforation pulmonaire.

Certes, nous ne prétendons pas que cette technique s'adresse à tous les cas et qu'elle puisse être vulgarisée sans circonspection. Il faut l'appliquer aux cas récents, relativement limités, aux cas où l'on a l'impression que le processus de caséification n'a pas trop gagné. Une caverne, apparue depuis peu dans une zone d'infiltration qui n'est ni trop dense, ni trop étendue, représente une des meilleures indications.

Dans de tels cas il peut y avoir intérêt à satisfaire rapidement la tendance rétractile du poumon, il peut y avoir intérêt, en arrivant rapidement au O expiratoire, à réaliser un équilibre entre la pression intra-alvéolaire (ou intracavitaire) et la pression pleurale, il peut y avoir intérêt à établir rapidement un collapsus optimum pour faire rapidement le bilan des adhérences et prendre rapidement, sur ce point, les décisions convenables.

Est-il nécessaire, d'autre part, d'insister sur l'avantage pratique d'une technique qui permet, pour certains malades, de réduire dans de notables proportions la durée d'immobilisation en clinique ou en milieu hospitalier?

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance annuelle publique du 10 décembre 1940

LA PART DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DANS LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Discours prononcé par M. ACHARD, secrétaire général

« Dans les jours sombres que nous vivons, cette séance annuelle ne saurait garder son caractère habituel de fête du présent où se célèbrent les mérites de nos lauréats, et de fête du passé où se consacre par un éloge la gloire d'un de nos anciens. L'angoisse du présent nous étreint, mais surtout celle de l'avenir.

Dans la réorganisation qui s'impose à notre malheureux pays, et dont on cherche encore la voie, la part de la médecine publique n'est pas la moins importante pour la nation, ni la moins urgente pour notre Académie.

Aussi m'a-t-il semblé que je ne pourrais mieux faire aujourd'hui que de rompre avec la tradition de l'éloge annuel et de livrer à vos réflexions quelques faits et quelques idées concernant ce qui est et ce qui pourrait être dans ce domaine de l'hygiène où toute amélioration, même modeste, même ignorée de la foule, a des conséquences bienfaisantes qui ne se mesurent pleinement qu'à la longue.

C'est donc en songeant constamment au relèvement de notre patrie que nous devons considérer l'état présent des services de la santé publique et formuler des projets pour les améliorer.

. . . .

L'organisation du service de la Santé publique peut — et doit — à mon sens, s'inspirer de la biologie, et ce n'est pas dans une Académie de Médecine qu'un tel rapprochement pourrait paraître déplacé. Or, chez les êtres les plus évolués, les fonctions les plus délicates de coordination et de régulation des actes physiologiques, qui maintiennent l'harmonie de la santé, sont dévolues au système nerveux. Pour jouer ce rôle, celui-ci dispose de plusieurs sortes d'organes. Toute l'action nerveuse procède d'une excitation centripète qui se transmet au centre et provient soit de l'extérieur, soit de l'intérieur même de l'organisme. Ainsi impressionné, le centre nerveux réagit, c'est-à-dire répond à l'excitation par un effet centrifuge qui diffère de nature ou du moins de degré selon l'excitation reçue. C'est le mécanisme bien connu de l'acte réflexe, et c'est celui qui, d'une façon plus ou moins complexe, est le mode d'action le plus général du système nerveux.

Cette physiologie de l'individu peut servir de modèle à la structure de la société humaine. Un service public doit disposer d'organes d'information, d'organes de jugement et d'organes d'action. Il n'y a, d'ailleurs, pas d'inconvénients à ce que, dans la plupart des cas, pour cause de simplification, le même organe serve à la fois pour l'information et l'action, c'est-à-dire pour les transmissions dans les deux sens, comme une même boîte aux lettres reçoit également des demandes et des réponses.

Or, c'est principalement sous l'autorité préfectorale que s'est trouvée placée cette double transmission, et cette autorité, malgré sa bonne volonté, n'a pas la compétence médicale qui serait nécessaire tant pour recueillir les informations utiles que pour veiller à l'exécution des mesures décidées. Il lui faut s'en remettre à des subordonnés, ce qui entraîne, par la force des choses, un affaiblissement de la responsabilité, des retards, voire des négligences. Le ministère doit avoir, sous son autorité directe, ses agents propres qui soient des médecins.

Enfin, au ministère même, les chefs, aux divers échelons de la hiérarchie administrative, doivent posséder la compétence médicale qui, seule, peut leur permettre de se faire une opinion et de suivre une voie bien tracée quand ils sont appelés à étudier une question d'hygiène pour en tirer des conséquences pratiques.

Il convient donc d'accroître dans le personnel de ce département ministériel l'élément médical, tant au service central qu'aux services locaux.

Ici se pose à ce sujet la question des médecins fonctionnaires. Elle a suscité des critiques et des oppositions de la part des praticiens. Ceux-ci objectaient que le médecin fonctionnaire n'a pas sa pleine liberté d'opinion, et que le cumul de la pratique privée et de la médecine publique créerait des conflits. Or, il y a bien, sans inconvénients, des fonctionnaires qui sont en même temps et obligatoirement médecins. C'est notamment le cas de ceux des professeurs de Faculté qui n'exercent pas la médecine et occupent des chaires d'anatomie, de physiologie, de physique, de chimie, de pharmacologie, de microbiologie, de parasitologie. Il est nécessaire qu'ils aient fait des études de médecine pour savoir tirer de la discipline qu'ils enseignent ce qui convient à de futurs médecins. Ce qu'il faut, c'est qu'ils se consacrent entièrement à leurs fonctions et ne fassent pas de pratique.

Le praticien est le vrai médecin de l'individu, l'hygiéniste médecin doit être le médecin de la collectivité. Le premier est rémunéré par le malade, le second par la collectivité. Ne pouvant se nuire sur le terrain de la pratique, ils doivent collaborer au bien général.

Ce qu'il faut aussi, bien entendu, c'est que le médecin hygiéniste ait reçu une instruction spéciale. Cette instruction est actuellement donnée dans les Instituts dépendant des Facultés et délivrant un certificat spécial. Mais ce n'est guère qu'un cours complémentaire. Il y aurait peut-être mieux à faire en créant une Ecole pratique d'hygiène assurant un enseignement méthodique à tous ceux qui entendent faire leur carrière dans la médecine publique.

En somme, si la compétence administrative est nécessaire pour les questions d'assistance, la compétence médicale ne l'est pas moins pour celles d'hygiène.

Le champ dans lequel le service de la Santé publique doit exercer son action est extrêmement vaste. On peut dire de ce service qu'il est synthétique, car il touche de près et même parfois s'attache étroitement à des sujets relevant d'autres ministères. C'est ainsi que par ce qui a trait aux questions d'édilité, d'urbanisme, de contrôle des eaux potables, d'assainissement, il entretient des rapports avec le ministère des Travaux publics. Par l'hygiène alimentaire, par les maladies des animaux domestiques il touche à bien des problèmes dont s'occupe le ministère de l'Agriculture. Par l'hygiène industrielle, par les maladies professionnelles, par les accidents du travail, il s'intéresse au programme du ministère du Travail et particulièrement aux matières étudiées par le Comité Biologia institué auprès de celui-ci. Les entraves que les mesures d'hygiène peuvent apporter au commerce et aux échanges de produits médicamenteux entre les nations, qui sont proprement du domaine du ministère du Commerce, ne sauraient être négligées par le service de la Santé publique. Il n'en est pas autrement pour les conventions internationales négociées par le ministère des Affaires étrangères pour la protection sanitaire entre les diverses nations.

Le ministère des Colonies est, lui aussi, un ministère synthé-

tique dont le fonctionnement doit faire appel à beaucoup de compétences variées. Mais qui pourrait nier que le service de la Santé publique n'ait son mot à dire sur l'organisation de l'hygiène et la protection sanitaire de la France d'outremer, aujourd'hui surtout que la rapidité croissante des communications met à quelques heures de la métropole ces territoires coloniaux ?

Enfin, la diffusion des préceptes d'hygiène, l'éducation hygiénique de la population française, œuvre de longue haleine, mais d'importance majeure pour effacer complètement de l'esprit la tendance néfaste à considérer les mesures sanitaires comme des brimades administratives, est sous la dépendance du ministère de l'Instruction publique. L'éducation physique, fort recommandable assurément, ne forme qu'une partie de l'instruction sanitaire. Elle plait à la foule, elle a la vogue, mais la lutte rationnelle et efficace contre les ennemis de la santé réclame une éducation plus solide et plus diverse.

Cette importance du service de la Santé publique, il faut bien le reconnaître, n'apparaît pas à l'homme de la rue qui consulte la liste des départements ministériels. Pendant longtemps l'hygiène formait une direction du ministère de l'Intérieur. Dans d'autres combinaisons ministérielles, elle était annexée au ministère du Travail, pourvu, en outre, et alourdi, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales. Rarement elle a eu son indépendance sous les noms de ministère de l'Hygiène ou de la Santé publique. Ainsi ballotté sur les flots de la politique, n'est-ce pas miracle que, telle la nef symbolique des armes de Lutèce, ce service ait réussi à ne pas sombrer ?

Il n'en est pas moins vrai que, relégué souvent à l'état d'un petit appendice innominé d'un département ministériel déjà très chargé, ce service n'a jamais joui de l'autorité qui eût été nécessaire à son développement pour le bien du pays. Grâce à l'importance des données scientifiques dans son fonctionnement, il échappait en partie à la politique intérieure. L'électeur s'en désintéressant, pouvait-on reprocher à l'élu de n'y pas porter un très vif intérêt ?

Le meilleur remède à cette situation eût été que l'électeur, enfin averti et comprenant les avantages d'une bonne hygiène, exigeât de ses représentants qu'ils se préoccupassent de la lui procurer. Mais on ne saurait compter que, du jour au lendemain, le citoyen formant la masse de la nation fasse son éducation hygiénique et soit disposé à se plier à certaines règles un peu gênantes. Verrons-nous bientôt l'opinion publique, dont le concours est toujours nécessaire pour qu'une mesure soit efficacement appliquée, réclamer de l'autorité plus d'énergie dans la lutte contre l'alcoolisme, les maladies contagieuses ?

Ce qui est sûr et encourageant, c'est que, grâce à des campagnes vigoureuses où l'Académie n'a pas eu la part la moins grande, grâce à des initiatives privées et à des mesures publiques, les conseils donnés aux consultations des dispensaires et hôpitaux, les notices simples et courtes largement distribuées ont enseigné aux mères les meilleures pratiques pour élever leurs enfants, en sorte qu'on voit souvent des femmes du peuple sans instruction générale appliquer correctement ces pratiques.

L'Etat pourrait, de son côté, faciliter l'éducation hygiénique de la nation et, en organisant une propagande par causeries populaires, par tracts et articles de journaux, par films, apporter, dans une mesure beaucoup plus large qu'aujourd'hui, une contribution très précieuse à cette œuvre salutaire.

Dans la situation actuelle, le gouvernement, à qui revient, comme il est naturel, le soin de prendre les décisions en matière d'hygiène, atténue sa responsabilité qui est lourde, en prenant des avis autorisés. Ces avis émanent de deux sources : le Conseil supérieur d'hygiène publique de France et l'Académie de Médecine.

Le Conseil supérieur d'hygiène — ou le Comité qui va le remplacer — comprend un grand nombre de membres de compétences très diverses. Il réunit, en effet, des géologues, des ingénieurs, des chimistes, des microbiologistes, des vétérinaires, des médecins, des pharmaciens. Sa composition est surtout d'ordre technique. Il étudie, dans le détail, les améliorations qu'il convient d'apporter, d'après des enquêtes sur place, aux conditions hygiéniques de diverses localités. Il prépare et discute des projets de règlements destinés à combattre certaines maladies.

L'Académie de Médecine compte aussi des compétences variées, mais qui ont certainement plus de rapport avec la médecine proprement dite que le Conseil d'hygiène. Elle a constitué des Commissions permanentes qui font chaque année des rapports sur les maladies épidémiques et contagieuses, sur l'hygiène de l'enfance, sur les vaccins et sérums, sur les eaux minérales. Elle étudie aussi, au moyen de Commissions spécialement désignées par elle, la tuberculose, l'hygiène professionnelle, l'alimentation. Elle est saisie de questions sur lesquelles elle est consultée en même temps que le Conseil d'hygiène : mais plutôt qu'à la technique, elle s'attache aux relations des mesures à prendre avec les progrès de la science ; elle montre la direction générale que doit suivre la lutte pour le maintien de la santé publique.

Ces deux assemblées chargées d'éclairer le gouvernement ne font donc pas double emploi quant au travail qui leur est demandé. Toutes deux sont utiles, toutes ont sur les bureaux d'un ministère l'avantage d'une plus large indépendance, d'une compétence plus directe et plus étendue, ainsi que d'une stabilité mieux assurée.

....

[Après avoir exposé la collaboration constante que l'Académie apporte aux pouvoirs publics par ses commissions, par ses laboratoires de contrôle qui sont aussi des laboratoires de recherches, M. Achard rappelle l'action ininterrompue de l'Académie pendant la guerre].

....

Elle n'a cessé d'étudier des questions touchant aux intérêts vitaux du pays, telles que la lutte contre les maladies qui se développent à la faveur de la guerre et le ravitaillement alimentaire du peuple.

Dans une série de rapports suivis de vœux transmis aux Pouvoirs publics, elle s'est appliquée à concilier les exigences de ce ravitaillement avec les besoins physiologiques et pathologiques des individus, afin d'éviter que les restrictions indispensables de nourriture, de chauffage et de confort n'entraînent pas trop de restrictions de santé.

Le prestige dont jouit notre Compagnie dans le public, la variété de ses compétences, la stabilité que lui confère son mode de recrutement, l'indépendance de ses jugements peuvent fournir à l'autorité un point d'appui pour prendre et exécuter des mesures propres à protéger la santé de la nation et poursuivre en connaissance de cause l'œuvre sociale de régénération physique et morale que souhaitent tous les esprits clairvoyants.

Parmi l'élite de la nation, l'Académie de Médecine a sa place marquée. Mais l'élite se forme peu à peu, par le travail. Elle ne s'improvise ni ne se décrète. Un gouvernement peut en reconnaître la valeur et l'utiliser dans des postes officiels ou en lui demandant des avis, mais il ne peut conférer le mérite comme étaient, sous d'autres régimes, conférés des titres nobiliaires. D'autre part, l'élite est généralement peu disposée, pour conquérir le pouvoir, à se plier à des mœurs électorales et parlementaires dont le moins qu'on puisse dire est qu'elles n'ajoutaient guère à son prestige. Aussi s'est-elle tenue de plus en plus à l'écart de l'administration du pays, n'étant point invitée ni par les électeurs ni par les élus, à y prendre part.

Aujourd'hui, puisque les mots élite, valeur, mérite, travail semblent reprendre un sens dans le langage politique et dans l'opinion, l'Académie de Médecine espère être mise à même de fournir une contribution plus efficace à la régénération nationale et une collaboration plus étroite avec les Pouvoirs publics.

Mais avant de décréter, il convient d'étudier, car changement et surtout bouleversement ne sont pas synonymes de progrès, et ce n'est pas avec des textes de lois, si nombreux soient-ils, qu'on peut du jour au lendemain transformer les conditions matérielles de la vie ni surtout les façons de penser et d'agir du public. Il faut du temps pour cette construction de l'hygiène sociale. Mais l'Académie ne craint pas les œuvres de longue durée et sera toujours heureuse d'apporter, à la défense du pays, sa part de ce qu'on peut appeler des munitions de santé ».

LIVRES NOUVEAUX

Chirurgie plastique abdominale, par Ch. Claoué (de Paris). 1 volume, 40 figures, 67 pages. — Maloine, éditeur, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

L'auteur se propose l'étude du problème de la difformité abdominale connue sous le nom de *ventre en tablier*. La plastique de la paroi musculaire reste donc en dehors du sujet qui se limite à la statique normale et pathologique du plan cutanéo-graisseux de l'abdomen.

L'examen clinique de l'obèse (chapitre I) conduit le chirurgien à estimer la valeur de la ptose cutanéo-graisseuse (chapitre II).

Les facteurs conditionnels de l'opération (chapitre III), permettent d'envisager deux manières opératoires : l'opération simple sans transposition de l'ombilic (chapitre IV), et l'opération avec transposition de l'ombilic (chapitre V).

L'auteur expose sa technique dont le principe est dans la suppression des angles de chute vertical, latéral et ventral du tablier cutanéo-graisseux, combinée à une redistribution de la répartition cutanée : de telle sorte, qu'après une suppression de la difformité, l'opération première manière, laisse une cicatrice transversale sus-pubienne et l'opération deuxième manière, une cicatrice en T renversé, avec transposition de l'ombilic.

L'ouvrage se termine par un rappel historique, ce qui permet d'établir la comparaison des diverses techniques avec celles que conseille l'auteur. Quarante dessins explicatifs, répartis en neuf planches, illustrent cet ouvrage.

INFORMATIONS

(suite de la page 738)

Code de la famille. — Le *J. O.* du 19 novembre 1940 publie (pages 5726 à 5733), une circulaire relative à l'application du code de la famille.

L'exercice de la médecine et de la chirurgie des animaux. — Une loi en date du 12 novembre 1940 (*J. O.*, 17 novembre 1940), réglemente les conditions nécessaires pour exercer la médecine et la chirurgie des animaux.

L'Association corporative des Etudiants en médecine de Paris, reconnue d'utilité publique et de bienfaisance, dans sa séance du 26 octobre 1940 a décidé de rechercher les adresses actuelles de tous ses membres prisonniers et de leur envoyer quelques colis.

Des lettres ont été envoyées par l'Association aux familles pour connaître ces adresses, et un certain nombre de réponses nous sont déjà parvenues.

La Mutuelle Confédérale d'Assurances et les Offices d'Achats, qui sont des organismes extérieurs aux Syndicats Médicaux, ayant leur réglementation propre (une Société mutuelle et une Société anonyme), ne sont pas touchés par la loi portant dissolution des Syndicats Médicaux. Ces deux organismes continuent leur fonctionnement normal. Les bénéfices reviendront comme antérieurement à une Caisse d'allocations de retraite, qui deviendra autonome. Une modification de l'appellation de ces deux Sociétés sera réglée par leurs prochaines assemblées.

Les médecins assurés à la Mutuelle continuent donc d'être couverts par leurs polices en cours. Le règlement des primes se fait : Pour la zone occupée : 60, boulevard de La Tour-Maubourg, Paris (7e), téléphone : Invalides 16-03 ; Pour la zone non occupée : 1, rue Paul-de-Salvandry, Brive (Corrèze).

Renseignements

Visiteur médical depuis 1923, français d'origine, références les plus sérieuses, représenterait pour Paris, spécialité d'*intérêt réel.* — Ecrire au journal, numéro 403.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 20 novembre 1940

Sur le choc traumatique des blessés de guerre. Infiltration des deux régions sinu-carotidiennes dans le traitement du choc traumatique. — MM. J. Creyssel et P. Suire. — De ces deux travaux, M. Leveuf retient surtout la deuxième observation qui pose la question des bases physiologiques du traitement du choc.

Les sulfamides dans la chirurgie des traumatismes. — MM. Basset et Larget ont utilisé les sulfamides avant tout traitement chirurgical ; en comparant deux séries de blessés dont les uns ont été opérés d'abord, dont les autres ont reçu d'abord les sulfamides, on constate une efficacité certaine du 1162 F qui permet de retarder, sans inconvénient, l'acte chirurgical.

M. Sauvé a utilisé la sulfamidothérapie sur plus de 2.000 blessés : deux morts. 53 cas de gangrène gazeuse n'ont donné lieu à aucune mort. M. Sauvé cite trois observations particulièrement frappantes de l'action du septoplix utilisé *in situ.*

M. R. Monod a pu faire contrôler, par le laboratoire, 1.000 plaies traitées par les sulfamides ; dans plus de 70 % des cas, on a trouvé du perfringens. Toutes les plaies présentant une infection bactériologique ont été traitées par parage chirurgical, sérum et pulvérisation de la plaie. 48 heures après le premier saupoudrage, nouveau prélèvement et nouveau saupoudrage. 108 cas de plaies atteintes de gangrène gazeuse bactériologique n'ont donné lieu à aucune mort.

En conclusion, la sulfamidothérapie semble modifier considérablement le cycle évolutif des germes, mais en aucun cas elle n'autorise à suspendre le parage de la plaie.

M. Desplas s'est servi du septoplix en pulvérisation dans le traitement de fractures ouvertes de la pratique civile. Dans des plaies de guerre anciennes, datant de 4 à 8 jours, le parage des plaies suivi de saupoudrage a donné de bons résultats.

M. Wilmoth rapporte un travail de Mme H. Aubin et M. M. Reynaud comportant cinq observations de plaies cranio-cérébrales. Les doses utilisées ont été considérables et, de fait, les auteurs ont observé quelques incidents : cyanose.

MM. Picot et Aurousseau apportent trois observations d'infection staphylococcique traitées par la sulfapyridine : dans le pre-

mier cas il s'agissait d'une septicémie à staphylocoques avec abcès multiples des muscles ; toutes les thérapeutiques classiques ayant échoué, seule la sulfapyridine (196 grammes) obtint la guérison ; la deuxième observation concerne une ostéomyélite de l'avant-bras ; guérison. Le troisième cas est une ostéomyélite du crâne ; après une amélioration considérable par le traitement, mort.

Deux cas de perforations viscérales du tube digestif en nombre impair, par projectiles de guerre, éventualité anormale sur laquelle le chirurgien ne doit pas compter. — MM. Fèvre et Arviset. — Dans la première observation il y avait sept perforations ; guérison. Dans la deuxième un polyblessé, gravement atteint, présentait trois perforations.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 octobre 1940

Infiltration stellaire dans le traitement des crises récidivantes à œdème aigu pulmonaire. — MM. Donzelot et Menétrel. — Les auteurs ont utilisé l'infiltration novocaïnique des ganglions stellaires dans un cas de crises récidivantes d'œdème aigu pulmonaire. Quelquefois, la triade : morphine, saignée, ouabaïne, peut juguler les plus violentes crises d'œdème aigu, mais n'empêche pas leur récidive rapide. On peut alors hésiter à saigner le malade, malgré la persistance du processus œdémateux. On peut alors utiliser l'infiltration stellaire. On peut ajouter que les recherches récentes placent le facteur neuro-végétatif au premier plan de l'envahissement séro-albumineux et des alvéoles pulmonaires. Alors l'infiltration stellaire peut apparaître rationnelle.

Dans un cas de symptomatologie identique, M. Gounelle signale que l'infiltration stellaire pratiquée par M. Coldefy est demeurée sans résultat.

Un cas de brachy œsophage chez le nourrisson. — MM. Lelong, Lamy, Aimé. — Observation clinique et radiologique d'un cas d'œsophage court chez un nourrisson. Régurgitations et vomissements ont débuté, dès les premiers jours de la vie, accompagnés de glaires et de caillots de sang noir. Au début de la vie le poids n'a cessé de descendre et est tombé de 2870 gr. à 2220 gr. La disparition des vomissements a été obtenue par la mise en orthostatisme pendant et après les tétées et l'alimentation par des repas de consistance onctueuse.

Les films radiographiques montrent, avant ingestion de substance opaque, une bulle à droite de la 9e vertèbre dorsale. Les radiographies prises pendant la tétée opaque, montrent une cardia-thoracique, séparant un œsophage court d'une poche gastrique, communiquant avec le reste du corps de l'estomac en situation sus-phrénique. L'enfant pèse 9730 gr. Il apparaît nécessaire de rechercher cette déformation chez le nourrisson.

Syphilis cutanée efflorescente avec atteinte ostéopériostique et splénique chez une fillette de 5 ans. — M. Kaplan, Mlle Millant et H. Ruel. — Fillette de 5 ans, atteinte d'une éruption de syphilides tuberculeuses en nappe au visage, combinée avec une éruption de syphilides papulo circinées en différents points du corps, une périostite ossifiante syphilitique en pleine évolution des deux tibias et une intumescence splénique. La recherche du tréponème a donné un résultat positif au niveau des papules.

L'image de notre corps, par J. Lhermitte. — Un volume de 254 pages. Aux éditions de la Nouvelle Revue Critique, 12, rue Chanoinesse, à Paris, 1939.

Clinica della sifilida ereditaria nelle varie et à della vita e nelle successive generazioni, par le professeur Uberto Arcabgeli. — Un volude de 116 pages. Prix : 20 lires. Chez Luigi Pozzi, éditeur, 14, via Sistina, Rome, 1938.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris


Administration de la FOLLICULINE
par voie percutanée.
ONGUENT d'ŒSTROGLANDOL
« ROCHE »
Un gr. = 0 gr. 0001 Folliculine Cristallisée
= 1000 Unités Internationales
ROCHE
PRURIT VULVAIRE
acné juvénile et de la ménopause, hypertrichose....
Une application matin et soir suivie d'un léger massage.

N°s 83-84. — 18-21 DECEMBRE 1940. 113e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr.
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Dans la répartition du personnel médical, ajouter le service suivant : HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE, M. le Professeur GUILLAIN. Service temporaire de blessés militaires, interne Mlle Corre.

INTERNAT EN PHARMACIE. — Le concours de l'Internat en Pharmacie des hôpitaux de Paris aura lieu le mardi 22 avril 1941.

Faculté de Médecine de Toulouse. — M. Garipuy, professeur de clinique obstétricale, est nommé assesseur du doyen.

Ecole de Médecine de Dijon. — M. Bizol, professeur suppléant de pharmacie et matière médicale, est chargé provisoirement de l'enseignement de cette chaire (Mme Boutaric, décédée).

Ecole de Médecine de Rouen. — M. Née, professeur de pathologie interne, est provisoirement chargé des fonctions de professeur de clinique médicale, en remplacement de M. Dené, retraité.

Académie des Sciences. — Le bureau pour 1941 comprendra M. Hyacinthe Vincent, président, M. Esclangon, vice-président. Enfin les deux secrétaires perpétuels : M. Emile Picard et M. Alfred Lacroix.

Académie de Chirurgie. — La dernière séance de l'année aura lieu le mercredi 18 décembre 1940. La séance de rentrée aura lieu le mercredi 15 janvier 1941.

Secrétariat général à la famille et à la santé. — *Ordre des Médecins.* — Par arrêté en date des 4 et 13 décembre 1940, ont été nommés les membres du Conseil de l'Ordre des Médecins des départements suivants :

Ain, Allier, Eure-et-Loir, Finistère, Gironde, Ille-et-Vilaine, Isère, Loire, Manche, Morbihan, Basses-Pyrénées, Rhône, Savoie, Haute-Savoie, Seine-et-Oise.

Le Conseil départemental de l'Ordre des Médecins de la Seine-et-Oise est ainsi composé : Président : M. le Dr Ducuing Jean, médecin-adjoint de l'hôpital de Versailles. Membres : MM. les Drs Larget Maurice, chirurgien de l'hôpital de Saint-Germain ; Humbel Louis, de Poissy ; Mackiewicz Charles, de Juvisy ; Bisot André, de Forges-les-Bains ; Butin Georges, de Pontoise ; Breton Marc, chirurgien à Pontoise ; Grenier Jacques, de Maisons-Laffitte ; Lumière Max, d'Argenteuil ; Remilly André, de Versailles ; Dresch Pierre, de Rambouillet ; Bravy Marcel, de Rosny-sur-Seine.

Médecin inspecteur. — M. le Dr Wuillemin est nommé, à titre temporaire, médecin inspecteur de la santé du département de la Creuse (*J. O.*, 8 décembre 1940).

— *Comité consultatif d'hygiène.* — Le *J. O.* du 8 décembre publie un rectificatif concernant la liste des membres du comité consultatif.

Dans la liste que nous avons publiée dans notre dernier numéro, il y a lieu d'ajouter après M. Damien, doyen de la Faculté de Pharmacie de Paris, le nom du Dr P. Delore, agrégé, médecin des hôpitaux de Lyon.

— Le nom de M. P. Delore est également à ajouter dans la section « Propagande et éducation sanitaire », à la suite du nom du Dr Comandon.

Défense passive. — M. le général de brigade Sérant, adjoint pour le commandement des troupes au général commandant la 17e Division militaire, est nommé directeur de la Défense passive au secrétariat d'Etat à la guerre, à dater du 15 décembre 1940, en remplacement de M. le général de division Daudin, atteint par la limite d'âge (*J. O.*, 10 décembre 1940).

Cours de la Faculté. — *Cours d'hygiène sociale.* — M. le Dr Sicard de Plauzoles fera, à la Faculté de Médecine, salle de Thèses n° 2, les mardis et samedis, à 17 heures, du 14 janvier au 8 mars 1941, un cours sur la *lutte contre les maladies sociales. La dégénérescence de l'homme, ses causes, sa prophylaxie.*

Institut d'hygiène et d'épidémiologie. — Enseignement spécial en vue de l'obtention du diplôme d'hygiène (cours de perfectionnement) sous la direction de M. L. Tanon, professeur d'hygiène, et de M. P. Joannon, agrégé ; sous-directeur : M. Ph. Navarre ; chef des travaux : M. Marcel Clerc ; assistants : MM. Matruchot et Crépin.

Ce cours, destiné à former des médecins hygiénistes spécialisés, comprend :

1° Une série de travaux pratiques de bactériologie ;
2° Une série de travaux pratiques de parasitologie ;
3° Une série de conférences d'hygiène et d'épidémiologie ;
4° Des séances d'instruction dans divers services hospitaliers et des visites d'installations d'hygiène.

Il commencera le 3 janvier, à 14 h. 30, pour la bactériologie, et le 3 mars, à 14 h. 30, au laboratoire d'hygiène, pour l'enseignement spécial d'hygiène. Il durera jusqu'à mi-juin, et sera suivi d'un examen sanctionné par un diplôme.

Seront dispensés des travaux pratiques préliminaires de bactériologie les élèves qui produiront le certificat des cours spéciaux de bactériologie des facultés et écoles de médecine. Seront dispensés des travaux de bactériologie et de parasitologie les élèves qui produiront le certificat de l'Institut Pasteur de Paris, ou celui du Val-de-Grâce, ou le diplôme d'un institut de médecine coloniale de France.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

(Sous réserve de la réouverture des cours.)

LIVRES NOUVEAUX

Traité de l'immunité dans les maladies infectieuses, par le Dr Jules Bordet, directeur de l'Institut Pasteur de Bruxelles, membre étranger de la Société royale de Londres, membre associé de l'Institut de France et de l'Académie des Sciences des Etats-Unis (2e édition). — Un volume de 880 pages, 175 francs. Masson et Cie, éditeurs, Paris.

Si l'étude des phénomènes en rapport avec l'immunité a attiré une foule de chercheurs, a réuni d'innombrables matériaux on reconnaît qu'elle s'est élevée au rang d'une science distincte et autonome du fait des travaux du professeur Jules Bordet, dont le nom restera attaché à l'une des découvertes les plus importantes des cinquante dernières années. Aussi une nouvelle édition de cet ouvrage capital épuisé depuis plus de dix ans s'imposait, elle paraît entièrement refondue et notablement amplifiée.

L'immunité cherche à dégager de ses constatations des moyens fidèles et pratiques de conférer l'état réfractaire aux animaux primitivement sensibles, ou de guérir les infections déclarées. Elle s'efforce de procurer, au diagnostic, des ressources nouvelles. Par les services qu'elle rend dans cet ordre d'idées, elle consacre l'alliance de la clinique et du laboratoire. Enfin, par la fécondité de ses méthodes qu'éventuellement elle prête à d'autres sciences, elle projette parfois sur les domaines avoisinants des clartés imprévues et contribue efficacement aux progrès généraux de la biologie. Ainsi, peut-on caractériser son objet ; ainsi peut-on résumer le plan de l'ouvrage. C'est le plus bel éloge que l'on puisse faire de l'œuvre magistrale de M. Bordet.

Le livre s'ouvre par quelques généralités — des indications sur l'immunité naturelle — puis vient un exposé détaillé de l'immunité cellulaire, de la phagocytose et de ses méthodes ; — une troisième partie est consacré à l'immunité humorale ; au rôle des sérums, leurs processus d'action; — une dernière partie applique aux maladies et à la thérapeutique les données générales acquises en biologie.

Il convient d'ajouter ce détail matériel que l'ouvrage comporte 800 pages d'une typographie claire et bien ordonnée (160 pages de plus que dans la première édition et des indications bibliographiques qui ne figurent pas dans la première édition).

Division de l'ouvrage

Première partie. — *Aperçu général*

I. Infection et facteurs de la virulence. II. Immunité naturelle. — III. Immunité acquise. — IV. Immunité acquise incomplète, maladies chroniques et allergie. — V. Comparaison des immunités naturelle et acquise. Caractère de l'immunité totale. — VI. Protection non spécifique, facteurs adjuvants de l'immunité. — VII. Signification générale des phénomènes d'immunité.

Deuxième partie. — *Immunité cellulaire*

I. Digestion intracellulaire, résorption, inflammation et immunité dans la série animale. — II. Système phagocytaire. — III. Défense phagocytaire et résistance microbienne. — IV. Les facteurs adjuvants de la phagocytose.

Troisième partie. — *Les facteurs humoraux*

I. Préliminaires. — II. Principales fonctions des immunsérums. — III. Propriétés en rapport avec l'immunité, les humeurs d'animaux non immunisés. — IV. L'alexine et sa fixation. — V. L'antigène. — VI. L'anticorps. — VII. La réaction anticorps-antigène. — VIII. La spécificité.

Quatrième partie. — *Notions complémentaires sur l'immunité dans son ensemble et dans diverses maladies*

I. Collaboration des facteurs de la défense. Evolution morbide. — II. Immunité dans diverses maladies. — III. Anaphylaxie et allergie.

LABORATOIRES EN ACTIVITÉ ET LEURS PRODUITS



DE LA MASTURBATION DANS L'ENFANCE ET LA JEUNESSE

Par le professeur Pierre Nobécourt
Membre de l'Académie de Médecine

La masturbation ou onanisme est très répandue dans l'enfance et la jeunesse. Elle est l'objet d'interprétations très diverses. Les divergences dans les opinions tiennent, pour une part, à ce qu'on n'a pas toujours précisé la signification des mots.

Masturbation et onanisme sont termes synonymes ; on les emploie indifféremment, mais le premier seul a un sens précis.

La *masturbation* (1) (*manus*, main, *stuprare*, souiller) est pour E. Littré (2) « l'excitation des organes génitaux avec la main ».

Dans cette définition, l'acte est considéré en lui-même, sans que l'effet cherché soit mentionné.

Dans d'autres définitions, au contraire, on tient compte de cet effet et du désir de l'obtenir.

Pour J. Christian (3), l'onanisme est « l'ensemble des moyens employés par l'un ou l'autre sexe pour produire l'orgasme vénérien, artificiellement en dehors des conditions du coït normal ».

Pour René Cruchet (4), « l'onanisme est l'ensemble des moyens, généralement manuels, employés dans les deux sexes pour provoquer la sensation spéciale du plaisir sexuel, que cette sensation s'accompagne ou non d'éjaculation ».

Pour Charles Mauriac (5), « le mot *onanisme*... désigne une des pratiques les plus pernicieuses et les plus répandues dans les deux sexes pour se procurer les jouissances immodérées de l'amour en dehors des moyens naturels ».

Si on admet les définitions de ces auteurs, on est conduit à penser que l' « excitation des organes génitaux avec la main » ne mérite d'être appelée masturbation que si elle est provoquée par le désir d'obtenir l'orgasme vénérien, le plaisir sexuel. Par suite, il convient de distinguer, avec René Cruchet, l'*onanisme vrai*, qui « est moins le geste en lui-même que la sensation de plaisir provoquée par ce geste », et le *faux onanisme*, simple geste machinal, auquel il donne le nom, pour le garçon, de *péotillomanie* (πεός, pénis).

La précision en pareille matière est souvent bien difficile.

L'*orgasme* (ὀργᾶν, être excité) est, pour E. Littré, « le plus haut degré d'excitation des sens, de l'instinct sexuel surtout, d'où on l'a parfois appliqué à la désignation de l'état de turgescence ou d'érection des organes génitaux et des sensations correspondantes ».

Chez les enfants, l'*érection de la verge* est fréquente et entraîne souvent des erreurs d'interprétation. « Pour beaucoup de personnes, écrit René Cruchet, elle éveille l'idée d'onanisme, ce qui est une erreur profonde ». Elle se produit sous des influences diverses : la chaleur du lit, la réplétion de la vessie, etc. Cruchet l'a provoquée, le jour même de la naissance, chez un prématuré né à sept mois, par la recherche des réflexes rotuliens. Il est permis de conclure, avec Havelock Ellis (1) : « Les érections qui peuvent se produire chez les petits enfants n'ont généralement aucune signification sexuelle ».

Quant à l'existence et à la nature du *plaisir* que peut procurer l'excitation des organes génitaux, elles prêtent également à confusion.

L'interrogatoire des enfants, quand ils sont en âge de répondre aux questions, n'a qu'une valeur très relative. Ils ne comprennent pas toujours le sens des questions. Ils ne peuvent analyser les sensations qu'ils éprouvent. Les uns gardent le silence et sont réticents ; les autres sont prolixes et laissent libre cours à leur imagination, que stimulent souvent un interrogatoire imprudent ou des menaces de punition. Il faut se rappeler l'*activité mythique normale de l'enfant*, c'est-à-dire, suivant Ernest Dupré (2), sa tendance naturelle à mentir, à simuler et à inventer des fables (μῦθος, récit imaginaire, fable) et des situations dépourvues de réalité objective.

Le souvenir, évoqué chez les grands enfants, les jeunes gens, les adultes même par les méthodes de la psychanalyse, prête également à caution, pour les mêmes raisons.

Quand on évoque les sensations que peut provoquer la manipulation des organes génitaux, il faudrait, suivant la remarque d'Edouard Pichon (3) « savoir exactement de quoi on parle ». Elle peut provoquer soit une sensation agréable, vague, banale, soit les sensations voluptueuses spéciales (4), qui précèdent et accompagnent l'exercice de la fonction génésique, le coït. Il ne faut pas confondre ces sensations avec l'érotisme (ἔρως, amour), dans lequel ces sensations voluptueuses sont liées à un sentiment d'attirance vers un autre individu qui, normalement, est du sexe opposé.

Le problème des sensations que peut donner la masturbation est donc complexe. Certes, elle est souvent provoquée par les sensations que crée le développement de la fonction génésique (γενετή ou γένεσις, genèse, naissance) par le *désir*, l'*appétit*, le *besoin génésique*, mais dans beaucoup de cas, elle en est indépendante et n'a pas, à proprement parler, de rapport avec la sexualité.
dans beaucoup de cas, elle en est indépendante et n'a pas, à proprement parler, de rapport avec la sexualité.

De même, on attache souvent à la masturbation une *valeur morale ;* on la considère comme un *vice*, un *péché*, une *perversité*. On la qualifie d'*habitude vicieuse*. « On entend par habitudes vicieuses chez les enfants, écrit H. Surmont (5), le fait habituel de toucher aux parties génitales, de leur faire subir des masturbations ou de se livrer entre enfants, de sexes différents ou du même sexe, à des gestes, à des actes qui révèlent une précocité et une perversité sexuelles tout à fait anormales ».

Il convient de ne pas introduire cette notion morale dans la définition. Comme le fait remarquer Gilbert Robin (6), « la notion de péché et de vice a beaucoup compliqué le problème de l'onanisme et fait à l'enfant plus de mal que de bien. Les cas, où la perversité explique l'onanisme, se comptent en regard de ceux où les causes organiques, affectives et psychiatriques, permettent de l'envisager comme une manifestation tout à fait innocente du point de vue moral ».

Si on hésite à employer les mots masturbation et onanisme, l'expression *mauvaise habitude* est préférable à

---

(1) Dans le *Dictionnaire des Sciences médicales par une Société de médecins et de chirurgiens*, C. L. F. Panckoucke, Paris, tome XXXI, 1819, on trouve comme synonymes, sous la signature de Fournier et Bégin : *mastrupation, manustrupation (manus*, main, *strupro*, je corromps, je déshonore). Le mot masturbation a prévalu.

(2) E. Littré. *Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie, de l'art vétérinaire et des sciences qui s'y rapportent.* 16e édition, J.-B. Baillère et fils, Paris, 1886.

(3) *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* de Dechambre. 2e série, tome XV, Paris, 1881. Onanisme, par J. Christian.

(4) René Cruchet. *Les mauvaises habitudes chez les enfants.* L'Expansion scientifique française, Paris.

(5) Onanisme, par Charles Mauriac, *in* Jaccoud. *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.* J.-B. Baillère et fils, Paris, tome XXIV, 1877.

---

(1) Havelock Ellis. *Etudes de psychologie sexuelle. VII. L'Education sexuelle*, traduit par A. Van Gennep. Mercure de France, 1927.

(2) Ernest Dupré. *Pathologie de l'imagination et de l'émotivité.* Payot, Paris, 1925.

(3) Edouard Pichon. *Le développement psychique de l'enfant et de l'adolescent*, Masson et Cie, Paris, 1936.

(4) *Dictionnaire de l'Académie française*, 8e édition, 1935, Hachette, Paris. *Volupté* : « Plaisir des sens ».

(5) H. Surmont. Préface au livre de Mlle Maria Dupont. *Les habitudes vicieuses chez les petits enfants.* Fernand Nathan, Paris, 1910.

(6) Gilbert Robin. *L'enfant sans défaut.* Ernest Flammarion, Paris, 1930.

celle d'*habitudes vicieuses*. Mais, suivant la remarque de René Cruchet, sous cette appellation, il faut ranger, non seulement l'onanisme, mais encore les mauvaises attitudes, les tics, les rythmes, les vices de la parole, les habitudes du sommeil, etc.

En conclusion : j'envisage la masturbation dans le sens que lui donne E. Littré : « Excitation des organes génitaux avec la main ». Il serait peut-être plus exact de remplacer *excitation* par *manipulation* ; en effet, le premier mot signifie « effet produit par un excitant, accélérateur d'une fonction », le second, tout simplement « opération manuelle » (1). La manipulation est un acte, l'excitation une conséquence qui demande, dans la masturbation, une interprétation.

Cette manière de concevoir la masturbation permet de la juger d'une façon objective. Pour porter un jugement motivé, il convient de l'étudier aux différentes phases de la *sexualité*. Ce mot sert à désigner l'ensemble des attributs somatiques, physiologiques, psychiques qui dépendent des fonctions des glandes sexuelles et caractérisent les sexes. Pendant l'enfance, la sexualité s'installe progressivement ; à la puberté, elle s'épanouit et apparaît la *fonction génitale, génétique ou génésique* ; pendant la jeunesse, la sexualité et la fonction génésique se perfectionnent.

Il importe de considérer séparément le *garçon* et la *fille*, et, pour chacun, successivement la *première*, la *deuxième* et la *troisième enfances*, la *puberté*, la *jeunesse*.

La masturbation suivant le sexe et l'age

Garçons

Première ou petite enfance

A partir de quelques mois, les petits garçons manipulent souvent leurs organes génitaux ; cette manipulation peut provoquer l'érection de la verge.

Le fait est fréquemment observé et n'est pas en discussion. Ce qui est matière à discussion c'est son interprétation.

Hirschprung et Lindnar (2) décrivent l'*onanie des nourrissons*. Sous cette appellation, ils rangent, non seulement la manipulation de la verge, mais aussi le suçotage du pouce ou des lèvres, les balancements rythmiques, le tiraillement de l'oreille, le grattage de la tête, etc. Tous ces actes seraient provoqués par la recherche de sensations agréables.

Une école étrangère a poussé à l'extrême cette opinion. La succion du pouce, des lèvres, de la langue, la succion du mamelon de la nourrice ou de la tétine, le rongement des ongles, la manipulation des organes génitaux, etc., seraient la source de sensations voluptueuses. Le nourrisson en arriverait même à retenir ses matières fécales et ses urines, à les évacuer lentement pour se procurer ces sensations. Tous ces actes seraient des équivalents de la masturbation et des manifestations de la sexualité ; ils provoqueraient des sensations de même ordre que la volupté génitale. D'après cette conception, écrit René Cruchet « les habitudes du jeune enfant à la mamelle sont déjà la démonstration d'une certaine volupté sexuelle. Le nourrisson, qui, dès les premiers jours, prend le sein de sa mère, fait preuve d'un élan sexuel ; quand, plus tard, il suce ses lèvres, son pouce, son biberon ou tout autre objet qu'il porte à sa bouche, c'est encore un plaisir sexuel ».

(1) *Grand dictionnaire universel* de Pierre Larousse, tome X. *Manipulation*. « Action ou manière de manipuler. »
Manipuler. « Manier, travailler ou manœuvrer avec la main. »

(2) Cités par V. Hutinel et L. Babonneix. *Onanisme*, in V. Hutinel. *Les maladies des enfants*. Asselin et Houzeau, Paris, 1909, tome V, p. 958.

Ces conceptions ont suscité de nombreuses critiques. Que les actes énumérés ci-dessus procurent aux nourrissons un plaisir vague, cela est possible et même probable. Que ces actes et la masturbation elle-même procurent un plaisir génital, du même ordre que celui provoqué par le coït, c'est une hypothèse, que rien ne permet d'ailleurs, faute de données suffisantes, ni de confirmer, ni d'infirmer.

Comme l'a écrit Charles Lasègue (1), « L'enfant ne possède pas le sens génital... La succussion du pénis qui constitue la masturbation ne s'accompagne, chez le jeune enfant, d'aucune jouissance, d'aucune perte séminale ; c'est un acte inconscient, maniaque, un tic... On voit des enfants qui, dès le berceau, contractent la bizarre habitude de sucer leur pouce. C'est une sorte de succussion instinctive qui ne procure à l'enfant ni plus ni moins de jouissance que la masturbation elle-même ».

Pour Edouard Pichon « il y a tout lieu de croire qu'il (l'hédonisme génital) est sans rapport avec la notion d'une différenciation sexuelle. Il est *insexuel* » (2).

Somme toute, la manipulation des organes génitaux par le petit garçon, qu'on appelle *masturbation* ou *péotillomanie*, n'est pas un acte lié à la sexualité. « Cet acte n'a pas plus d'importance le plus souvent que la trichotillomanie (3), que tant d'autres tics et rythmes de l'enfance » (René Cruchet).

Il se rattache à l'acquisition de l'exercice et des mouvements volontaires au début de l'existence (4) ; l'enfant cherche à se rendre compte des objets qui l'avoisinent ; il les touche, les explore, les manipule ; s'il rencontre les organes sexuels, c'est à eux qu'il s'adresse ; il prend ainsi des habitudes, que contribue sans doute à fixer le plaisir vague qui en résulte.

Telle est ou paraît être la signification de la masturbation dans la petite enfance, de la *masturbation primaire*, suivant l'appellation d'Edouard Pichon.

Deuxième ou moyenne enfance

A partir de 2 ans et demi, pendant la fin de la troisième et la quatrième années, se produit l'*initiation à l'existence des sexes*. Le garçon remarque les différences morphologiques de son corps et de celui de sa sœur ; il constate qu'il a une verge et s'y intéresse. Les psychanalistes appellent cette période de l'existence *stade génito-sexuel infantile* ou *stade phallique*.

Souvent l'enfant manipule sa verge, apparaît la *masturbation secondaire* (Edouard Pichon). Cette habitude n'est pas rare dans les écoles maternelles ; on la rencontre, d'après Maria Dupont, chez 5, 6 et même 8 % des enfants, garçons et filles, car l'auteur ne fait pas la distinction entre les sexes.

Ce sont, soit des pratiques individuelles, soit des actes auxquels se livrent deux enfants du même sexe ou de sexes différents. Maria Dupont cite des faits : « Nous surprenons un jour un garçon de cinq ans couché sur une fillette dans une position qui ne laissait aucun doute sur son intention » ; deux garçons « se livrent ensemble à une gymnastique tout à fait suggestive ».

Il apparaît bien qu'il y a, à cet âge, une certaine attirance du garçon pour la fille et réciproquement (5). Pour les psychanalistes il se produirait une sorte de floraison

(1) Ch. Lasègue. *De l'onanisme*, in *Etudes médicales*. Asselin et Cie, Paris, 1884.

(2) *Hédonisme, Hédonique* : « Tout ce qui concerne les pulsions tendent à donner à l'individu une quelconque volupté. »
« Les phénomènes qui ne tiendront pas lieu de la différence des sexes seront dits *insexuels* » (Edouard Pichon).

(3) L'enfant s'arrache les cheveux par un acte machinal (θριξ, cheveu).

(4) P. Nobécourt. L'exercice chez les enfants et les jeunes gens. *Gazette des Hôpitaux*, 18-21 octobre 1939.

(5) Pierre Nobécourt. Sexualité et éducation. I. Education des garçons et des filles. II. Education de la sexualité et de la fonction génésique (éducation sexuelle). *Gazette des Hôpitaux*, 20-23 mars, 5-6 avril 1940.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

DÉNOMINATION	COMPOSITION et POSOLOGIE	INDICATIONS
BROMÉSÉRINE Laboratoires STELVIA (G. Blaque) 59, rue Boissière, Paris (16e)	*Première association* stable *et pratique des bromures de* Ca *et de* Na *et du salicylate d'ésérine* (2 dragées à *croquer* à chaque repas)	Tous les syndromes fonctionnels (troubles neuro-digestifs » neuro-cardiaques » neuro-glandulaires)
CARDITONE Laboratoires LOBICA 25, rue Jasmin, Paris (16e)	*Extrait de Strophantus* *Sulfate de Spartéine* *Extrait de Muguet* 2 à 5 comprimés par jour	Cardiopathies valvulaires Myocardites - Péricardites Insuffisance cardiaque
COLITIQUE Laboratoires du Dr P. ASTIER 42 et 41 à 47, rue du Docteur-Blanche Paris (16e)	*Vaccin curatif anticolibacillaire* Adopté par les Hôpitaux et le Ministère des Colonies *Voie buccale* : Une ampoule le matin à jeun, vingt minutes avant le petit déjeuner, dans un peu d'eau minérale ou de tisane non sucrée	Toutes affections à colibacilles Gastro-entérite, Pyélonéphrite, Cystite, Maladies infectieuses des organes génitaux féminins, Ictère, etc...
ENDOPANCRINE Laboratoire de l'ENDOPANCRINE 48, rue de la Procession, Paris (15e)	*Solutions d'Insuline purifiée injectables*	Diabète et ses complications Cure d'engraissement Insuffisances cardiaques Ménorragies d'origine ovarienne
LACTOBYL Laboratoires LOBICA 25, rue Jasmin, Paris (16e)	*A base d'extraits opothérapiques Suractivés* 2 à 6 comprimés par jour	Toutes modalités de la constipation
LYXANTHINE ASTIER Laboratoires du Dr P. ASTIER 42 et 41 à 47, rue du Docteur-Blanche Paris (16e)	Composé anti-arthritique *Iodo-propanol sulfonate de sodium* *Bitartrate de lysidine* *Gluconate de calcium* Granulé effervescent Une cuillerée à café le matin à jeun	Goutte, Gravelle, Rhumatismes Névralgies rhumatismales, Arthrites Cellulites
PROSTIGMINE "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Péristaltigène synthétique* Amp. 1 cm³ : 1 à 2 p. j. *Antimyasthénique* Comp. : 4 à 6 p. j. et plus	Atonie intestinale et vésicale post-opératoire Myasthénie grave
SÉDOBROL "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	Na Br *dissimulé* *bouillon savoureux* *Tablettes* 1 à 4 p. j. et plus	Tous symptômes nerveux même chez les enfants
SERENOL Laboratoires LOBICA 25, rue Jasmin, Paris (16e)	*A base de :* *Peptone, Phényl-Ethyl-Malonyturée Héxamétylène, Tétramine, Extraits mous de belladone, de Passiflore, d'Anémone de Boldo, de Cratægus* 2 à 5 comprimés, 1 à 3 cuillerées à café ou suppositoires dans les 24 heures	Déséquilibre neuro-végétatif Etats anxieux, Emotivité Palpitations, Dyspepsies nerveuses
VEINOTROPE Laboratoires LOBICA 25, rue Jasmin, Paris (16e)	*Parathyroïde, Ovaire (ou Orchitine)* *Surrénale, Pancréas, Hypophyse* *Marron d'Inde, Hamamelis Virginica* *Noix vomique* 4 comprimés par jour	Maladie veineuse et ses complications Puberté, Age critique


UNE CURE
IODÉE
XX GOUTTES AVANT
CHAQUE REPAS
IODONUCLÉOL
SANS DANGER
D'IODISME
Cr. Office d'Éditions d'Art
J. EURY, Docteur en Pharmacie

de l'instinct sexuel, et la masturbation serait une manifestation d'ordre génital et sexuel.

Cette interprétation a peut être, dans certains cas, une part de réalité, mais il faudrait se garder de la généraliser. Ainsi que le fait remarquer René Cruchet, la plupart des observateurs « ont confondu le geste avec la sensation de plaisir. La sensation sexuelle ne saurait exister avant 5 à 7 ans ».

On arrive ainsi aux mêmes conclusions que pour les petits enfants. Mais, dans la deuxième enfance, intervient un facteur, dont nous verrons tout à l'heure l'importance : l'influence du milieu et l'imitation.

Troisième ou grande enfance

A la floraison de l'instinct sexuel, qui se produirait dans la deuxième enfance, succéderait, pour les psychanalistes, une atténuation de cet instinct pendant la période qui s'étend de la septième à la treizième ou à la quatorzième années. Cette phrase de l'existence serait, du point de vue de la sexualité, une *période de latence*, un *stade de décharnalisation*.

L'enfant, qui s'adonnait à la masturbation, cesse souvent de 5 à 7 ans ; rarement cette pratique commence pendant cette période, mais il n'y a rien de constant. « Certains troubles, écrit Charles Lasègue, auxquels il était sujet (l'onanisme est du nombre), disparaissent ou au contraire s'aggravent sans qu'on puisse en donner la raison ; celui-ci cesse de se masturber..., celui-là au contraire, continue ». Edouard Pichon écrit : « Chez un certain nombre de sujets, nous avons vu ce stade occupé par une *masturbation secondo-tertiaire* reliant sans interruption celle du stade phallique à celle du stade pubertaire ».

En tout cas, la masturbation n'est pas fréquente ; elle ne parait pas donner de sensations voluptueuses. Suivant René Cruchet, « il s'agit d'actes de plaisir banal ou d'imitation, sans beaucoup plus de valeur spéciale que tant d'autres actes de l'enfance ».

Vers la fin de la troisième enfance, à partir de la treizième année, aux approches de la puberté, le sens génésique commence parfois à s'éveiller et la masturbation peut changer de caractère. Pour l'enfant, remarque Charles Lasègue « l'onanisme est une sorte de tic ; mais il y succombe avec une facilité d'autant plus grande qu'il y a pour lui une jouissance manifeste ». A cet âge, les sensations voluptueuses apparaissent ; c'est alors que débute, d'après René Cruchet, l'*onanisme vrai*.

Mais, en général, à cette période, la masturbation, suivant Edouard Pichon « reste sans connexion avec les amours sentimentales que le sujet peut ressentir envers des petites filles... En effet, le caractère du stade ici étudié, c'est de séparer des voluptés charnelles les sentiments affectueux ».

Somme toute, la masturbation est rare pendant la grande enfance. Elle devient, au contraire, fréquente à la période pubérale.

Période pubérale

La puberté est l'épanouissement de la sexualité. De la quinzième à la dix-huitième année, s'installe une fonction nouvelle, la *fonction génitale*, *génétique* ou *génésique*, la *fonction de génération* ou *de reproduction*. Avec cette fonction apparaît l'*instinct*, le *sens*, le *désir*, l'*appétit*, le *besoin génésique*, la *libido*, cette force instinctive, cette impulsion qui pousse l'homme à s'unir avec la femme, à pratiquer le coït. Celui-ci est précédé et accompagné de sensations voluptueuses.

A cette période de l'existence ces sensations nouvelles poussent le garçon à les provoquer. Aussi la masturbation, qu'Edouard Pichon appelle *masturbation tertiaire*, est fréquente. C'est, dès lors, d'après René Cruchet, l'*onanisme vrai*, bien différent du *faux onanisme* des périodes précédentes. A partir de 15 ans et demi, âge d'éclosion de la puberté, il provoque l'éjaculation du sperme.

Pendant la période terminale de la puberté, à la recherche de la volupté s'associent des *rêveries érotiques*, imposées par une femme ou une jeune fille, dont le sujet voit le corps en imagination. Ces visions imaginatives appellent et accompagnent la masturbation. L'amour charnel et l'amour sentimental s'intriguent, ce qui justifie pour Edouard Pichon, l'appellation de *stade érotico-masturbatoire*.

Jeunesse

Avec l'achèvement de la puberté et pendant la jeunesse, le désir de réaliser l'acte sexuel devient de plus en plus grand. A un moment donné, le jeune homme pratique le coït, et le *stade érotico-copulatoire* d'Edouard Pichon commence.

Les premiers rapports sexuels mettent fin à la masturbation. S'ils sont retardés, le jeune homme peut continuer de pratiquer l'onanisme, même jusqu'à l'âge adulte.

Toutefois, beaucoup de jeunes gens, bien qu'ils observent la continence, renoncent à l'onanisme à partir de 17 ou 18 ans.

Des raisons diverses entraînent ces différences de comportement, indépendamment de tout état pathologique. Au premier plan, il faut placer l'*éducation de la sexualité et de la fonction génésique*, qui a fait l'objet du mémoire cité ci-dessus.

Filles

Première ou petite enfance

La fille comme le garçon, et pour les mêmes raisons, touche à tout : Elle peut donc manipuler ses organes sexuels, mais, par suite de leur conformation, ceux-ci prêtent moins aux manipulations que le pénis.

Cet acte prête aux considérations exposées à propos des garçons. Il n'a aucune signification sexuelle.

Deuxième ou moyenne enfance

Divers auteurs avancent que la masturbation ne serait pas rare à cette période de la vie. La fille qui, comme le garçon, reçoit l'initiation à l'existence des deux sexes, découvre son clitoris et apprend à le manipuler. Il existerait un *stade clitoridien*, homologue du stade phallique. La fille, écrit Edouard Pichon « connaît un *stade phallique* dans lequel son hédonisme est purement et franchement clitoridien, et parallèle à l'hédonisme pénien du garçon ».

Comme pour les garçons, on peut discuter si la manipulation des organes génitaux est un simple geste, ou s'il provoque soit une vague sensation agréable, soit une volupté spéciale d'ordre génésique. Il est bien difficile de choisir entre ces éventualités ; la dernière paraît être la moins vraisemblable. C'est l'opinion d'Henri Vignes (1) : « L'intensité des sensations liées aux manœuvres autoérotiques des enfants est relativement restreinte ». Il conviendrait, à nouveau, de supprimer le qualificatif autoérotique.

Il ne faut pas exagérer la fréquence de la masturbation chez les filles de 2 à 6 ans. Dans les écoles maternelles, Maria Dupont constate que « chez les fillettes en bonne santé on trouve généralement peu de penchants de cet ordre à réprimer ».

D'ailleurs, chez les filles comme chez les garçons, cette habitude, quand elle existe, cesse le plus souvent vers 6 ou 7 ans.

Troisième ou grande enfance : Période pubérale Jeunesse

Pendant la puberté, de 12 à 15 ans, s'installe la *fonction génésique*. En même temps s'éveillent l'*instinct*, le *sens*, le *désir*, l'*appétit*, le *besoin génésiques*. Mais ils sont beaucoup moins impérieux chez la fille que chez le garçon. « La fille, au moment de la puberté, est d'ordinaire moins

(1) Henri Vignes. *Physiologie gynécologique et médecine des femmes*. Masson et Cie, Paris, 1929.

nettement consciente de sa nature sexuelle que le garçon », écrit Havelock Ellis. « La pratique de la psychanalyse, écrit Edouard Pichon, ne nous a pas du tout appris, comme on le croirait en lisant beaucoup de livres de l'école freudiste, que la vie psycho-sensorielle de la femme fût sous l'influence de son sens génital, mais plutôt le contraire ».

Le désir et la volupté génésiques apparaissent à des âges très divers : soit pendant la puberté, soit pendant la jeunesse, soit à l'âge adulte, souvent seulement après plusieurs rapports sexuels et même après la maternité, de 30 à 40 ans. D'après H. Campbell, que cite Henri Vignes, sur 52 femmes, 7 les avaient ressentis à la puberté, 3 avant et 2 après celle-ci ; chez les autres, qui sont les plus nombreuses, ils n'existaient pas antérieurement au mariage ou ne s'étaient jamais manifestés.

Aussi la masturbation est-elle, pendant la période pubérale et la jeunesse, plus rare chez les filles que chez les garçons. Il est d'ailleurs difficile d'évaluer sa fréquence sur des données précises. Les souvenirs évoqués par les adultes sont sujets à caution. Voici à titre documentaire, rapportée par H. Vignes, la statistique de R. L. Dickinson (1925), qui a interrogé un millier de femmes intellectuelles des Etats-Unis : les deux tiers avaient pratiqué la masturbation, beaucoup à partir de 7 à 12 ans, quelques-unes (5 %) à partir de 5 ans, les autres de 15 à 30 ans.

La masturbation est généralement *clitoridienne*, rarement *vaginale*. Elle provoque des sensations voluptueuses d'ordre génésique. *Clitoris*, au dire de Renauldin (1), est un mot grec, κλειτορις, qui vient de κλειτοριζειν, toucher, titiller avec lascivité.

La fille comme le garçon pratique l'onanisme soit seule soit avec un garçon, soit avec une autre fille.

Facteurs étiologiques de la masturbation

La masturbation, considérée dans son acception très générale de manipulation des organes génitaux, se rencontre à tous les âges et dans les deux sexes.

Elle est surtout fréquente lors de l'*installation des fonctions génésiques*, pendant la puberté et la jeunesse, quand interviennent le désir, le besoin génésique, la recherche des sensations voluptueuses. Elle est plus commune chez les garçons que chez les filles.

Les facteurs étiologiques sont, les uns *exogènes*, les autres *endogènes*.

Facteurs exogènes

Souvent l'enfant manipule ses organes génitaux sans qu'intervienne un facteur étiologique appréciable. Quand il est petit, il touche à tout. Quand il est plus âgé, surtout à la période pubérale, il découvre que la manipulation du pénis ou du clitoris lui procure d'abord des sensations agréables, plus tard des sensations voluptueuses ; il prend ainsi l'habitude de la masturbation.

Souvent interviennent l'*imitation*, l'*initiation*, des *suggestions* d'ordre divers.

L'imitation joue un rôle important.

Quand des enfants, même jeunes, partagent la chambre de leurs parents, des frères et des sœurs plus âgés, dans tous les milieux et principalement dans les milieux pauvres et modestes, où l'exiguïté du logement entraîne une grande promiscuité, ils assistent à des ébats, dont ils ne comprennent pas le sens, mais qu'ils cherchent à imiter.

Maria Dupont, dont j'ai cité ailleurs des observations recueillies à l'école maternelle, met bien en valeur le rôle de l'imitation. Du fait de la cohabitation, l'enfant « risque fort d'être le témoin oculaire ou l'auditeur des secrets d'alcôve qui éveillent sa curiosité ; l'idée pénètre son intelligence naissante et l'instinct d'imitation, cette force si importante, l'amène à répéter ce qu'il a vu, à le raconter, à le mimer même ». Certaines pratiques « sembleraient révéler... une précocité morbide de l'instinct sexuel, si nous ne savions que ce n'est, dans beaucoup de cas, qu'une manifestation de l'instinct d'imitation ».

René Cruchet relate l'histoire suivante : Une fillette de 10 ans est « surprise un jour sur son lit, les jupes relevées, à cheval sur une fillette de son âge, qui avait aussi relevé les siennes ; et là, elle se livrait à un assaut soi-disant furieux de son amie, se frottant à elle dans un mouvement de va-et-vient très caractéristique ». Or, « elle couchait dans la même chambre que ses parents, et comme elle avait assisté plus d'une fois à leurs ébats amoureux, elle s'était efforcé de copier ce jeu si amusant et qui paraissait causer tant de plaisir... Cet acte, qui paraissait répréhensible au premier chef, n'était qu'un exemple de banale imitation ».

Dans les *établissements d'éducation*, l'imitation intervient souvent ; il s'y joint généralement l'initiation.

L'initiation est fréquente. Elle peut jouer un rôle dans la petite enfance. Tous les auteurs citent le cas des nourrices et des bonnes qui manipulent les organes sexuels des bébés pour les calmer et les endormir.

Elle peut être faite dans la *famille* par un domestique, homme ou femme, par un frère ou une sœur ainés, etc.

Elle est commune dans les *écoles*, les *établissements d'enseignement secondaire ;* elle se rencontre dans les *magasins*, les *ateliers*, les *usines*, où de jeunes apprentis, garçons ou filles, sont mêlés à des jeunes gens plus âgés, à des hommes ou à des femmes.

On a surtout insisté sur le rôle des *internats*, soit de garçons, soit de filles.

Garçons. — La masturbation dans les *lycées* et *collèges* de garçons est signalée depuis longtemps.

« Nous avons vu, écrivent Fournier et Bégin (1), en 1819, ...l'acte de la masturbation, pour ainsi dire public, être avoué sans honte, exercé sans pudeur ; ...que les plus âgés d'entre ces malheureux, déjà corrompus, recouraient à la main des plus jeunes et les forçaient, soit par les menaces, soit par des sévices, à leur prêter un ministère abominable ».

A. Riant (2), au sujet de l'éducation, écrit : « Nulle part ailleurs elle n'est plus nécessaire que dans l'internat, ce milieu où le mal trouve, pour se propager, l'ardeur de la jeunesse, des penchants vers le vice qui ne demandent qu'à se révéler à eux-mêmes et cette aptitude à l'imitation, si funeste quand elle n'est pas convenablement dirigée et lorsqu'on ne lui choisit pas ses modèles ». Il ajoute : « Plus d'une fois, c'est par les serviteurs que l'immoralité pénètre sous une forme ou sous une autre dans la maison ».

Albert Mathieu (3) s'exprime ainsi : « Que se passe-t-il trop souvent parmi les jeunes gens de douze à quinze ans parqués ensemble dans les internats ? L'enfant est arrivé à l'école avec une ignorance parfaite... Au bout de quelque temps, il entend des allusions de divers ordres auxquelles il est obligé de prêter l'oreille. Il entend des récits; on lui apprend des chansons qui ne sont pas d'une moralité de premier ordre. On lui prête des poésies, des livres qui ne valent pas mieux que les chansons. Et puis... il y a l'enseignement manuel.

« Quand les enfants grandissent et qu'ils arrivent dans les classes supérieures où sont ensemble des jeunes gens de quinze à vingt ans, l'enseignement manuel n'est pas abandonné, mais ici intervient autre chose, la préoccupation de la femme ».

Il n'est pas nécessaire de multiplier les citations pour établir combien l'internat réalise un milieu favorable à la masturbation.

(1) *Dictionnaire des Sciences médicales par une Société de médecins et de chirurgiens*. Loc. cit., tome V, 1813. *Clitoris*, par Renauldin.

(1) *Dictionnaire des Sciences médicales*. Loc. cit., tome XXXI, 1819. — *Masturbation*, par Fournier et Bégin.

(2) A. Riant. *L'hygiène et l'éducation dans les internats*. Hachette et Cie, Paris, 1877.

(3) Albert Mathieu. *La question de l'éducation sexuelle des jeunes garçons* (leçon du 21 novembre 1908), *in Médecine et pédagogie*, leçons professées à l'Ecole des hautes études sociales, recueillies par Louis Bougier, Félix Alcan, Paris, 1909.


CIBA
PHYTINE
PHOSPHORE CALCIUM MAGNÉSIUM
le plus riche et le plus assimilable des médicaments phosphorés
CACHETS
2 à 4 par jour
GRANULÉ
2 à 4 mesures par jour
COMPRIMÉS
4 à 8 par jour
FERROPHYTINE
PHOSPHORE-FER
Spécifique de l'anémie et des affections déglobulisantes
CACHETS
1 à 4 par jour
GRANULÉ
1 à 4 cuillerées à café par jour
CIBA
LABORATOIRES CIBA, O. ROLLAND, 103 à 117, Boulevard de la Part-dieu, LYON
403

Filles. — On insiste moins sur le rôle que joue l'internat comme facteur étiologique de l'onanisme. Les faits de même ordre que chez les garçons peuvent s'y passer. Au début du XIXe siècle. Fournier et Bégin écrivent que la masturbation est fréquente dans les pensionnats de *jeunes demoiselles*, « sous le voile de l'amitié poussée chez les adolescentes jusqu'au scandale ».

Des SUGGESTIONS D'ORDRE DIVERS interviennent souvent. Les conversations, les livres, les journaux, les spectacles, les films cinématographiques, par les textes ou les images plus ou moins légers, sinon pornographiques, éveillent la curiosité, excitent la sexualité et les désirs génésiques. Ils sont particulièrement dangereux pour les garçons et les filles à la période de puberté et dans la jeunesse.

Il est un autre facteur qui intervient assez souvent. Des parents, des éducateurs, des médecins même sont *hantés par l'idée de l'onanisme.* Ils soupçonnent l'enfant sans avoir aucune preuve, le pressent de questions, le menacent, lui ordonnent de montrer comment il s'y prend L'enfant, qui n'y comprend rien, finit par avouer tout ce qu'on veut et finalement est tenté d'exécuter les actes qu'on lui révèle. « Il faut, écrit Jules Déreux (1), réserver une place à cette variété spéciale qui n'existe que dans l'esprit abusé et timoré des éducateurs, et que nous avons désigné sous le nom d'*onanisme fantôme* ».

Facteurs endogènes

Les facteurs endogènes sont *locaux* et *généraux.*

Facteurs locaux

Ce sont ceux qui causent ou entretiennent une irritation des organes génitaux, laquelle incite l'enfant à y porter la main.

On incrimine particulièrement le *phimosis* et les *adhérences balano-préputiales*. L'étroitesse de l'orifice du prépuce empêche les soins de propreté, entraîne l'accumulation des secrétions, la stagnation d'une goutte d'urine ou une humidité permanente, la pullulation des microbes, l'inflammation du prépuce et du gland. Elle est une cause d'érection et celle-ci peut être douloureuse surtout à partir de la puberté.

De la même façon interviennent la malpropreté de la vulve, les *vulvo-vaginites*, les *leucorrhées.* On cite la migration à la vulve des *oxyures* sortant de l'anus, *l'hypertrophie du clitoris.*

Citons encore les *érythèmes*, les *eczémas* de la région génitale.

Il ne faut pas exagérer l'importance des facteurs locaux.

Facteurs généraux

Je ne reviens pas sur le rôle de l'AGE et du SEXE.

Le TEMPÉRAMENT jouerait un rôle. Pour divers auteurs, les sujets à *tempérament neuro-arthritique*, excités, impulsifs, à imagination vive, seraient portés à l'onanisme plus que les sujets à *tempérament lymphatique*, mous, apathiques, tranquilles, à imagination faible. Il semble que les premiers fournissent le plus d'initiateurs, que, dans l'onanisme à deux, ils jouent plus volontiers un rôle actif, tandis que les seconds jouent plutôt un rôle passif.

Encore ne faut-il pas trop se fier aux apparences. Il faut se méfier des *sujets trop sages*, et cela à toutes les périodes de l'enfance et dans la jeunesse.

Maria Dupont relate le cas d'un garçon de l'école maternelle. Il est sage chez sa mère, « chez qui, dit celle-ci, il s'amuse pendant des heures avec rien ; il est très sage en classe et en récréation, où « il se tient dans un coin pour jouer tranquillement ». « Nous le surveillons et, plusieurs fois, nous le surprenons dans une attitude qui ne laisse aucun doute sur ses occupations habituelles dans la solitude ».

(1) J. DÉREUX. A propos de l'onanisme chez l'enfant. *Le Monde Médical*, n° 743, p. 117, 15 février 1929.

Tels sont les principaux facteurs étiologiques de la MASTURBATION BANALE, qu'on pourrait presque qualifier de MASTURBATION PHYSIOLOGIQUE.

Dans une autre catégorie de faits interviennent des FACTEURS PATHOLOGIQUES.

La masturbation est habituelle et peut revêtir une intensité particulière dans les *encéphalopathies*, les *encéphalites*, l'*idiotie*, l'*épilepsie*, la *démence précoce*, les *perversions instinctives*, etc. Je n'entreprends pas l'étude de cette catégorie de faits.

SOMME TOUTE, si on laisse de côté les faits d'ordre pathologique, la masturbation n'est, en général, avant la puberté, qu'un simple tic, indépendant de l'instinct et du désir génésiques ; sauf dans des cas rares, elle ne traduit pas un éveil précoce de cet instinct et de ce désir. A partir de la puberté elle est liée à l'installation de la fonction génésique, qui ne peut être satisfaite par des rapports normaux avec l'autre sexe ; mais il n'est pas permis d'admettre, avec Charles Lasègue, que « l'onanisme est une perversion du sens génital ».

Comme je l'ai rappelé ci-dessus, on juge souvent la masturbation du point de vue moral : ce serait un VICE, une HABITUDE VICIEUSE.

La notion de vice implique une intervention de la conscience morale, la distinction du bien et du mal ; « le vice en général, écrit Félicien Challaye (1), peut être défini l'habitude du mal. Un vice en particulier est une habitude moralement mauvaise ».

Or, pour les raisons qui viennent d'être exposées, la masturbation, envisagée en soi, ne peut être considérée comme un vice, c'est-à-dire comme « une habitude moralement mauvaise », comme une « disposition habituelle au mal » (1).

Mais des enfants et des jeunes gens qui s'adonnent à la masturbation peuvent être des *vicieux* et des *pervers.* Il en est qui, avec une insistance particulière, cherchent à faire des prosélytes, à initier les autres, qui inventent des procédés de masturbation, évoquent trop complaisamment des images érotiques, etc. Il y a là un groupe complexe de masturbateurs qui relèvent de la neuro-psychiatrie et qu'il faut distinguer de ceux que j'envisage ici.

LES EFFETS DE LA MASTURBATION

Les anciens auteurs attribuent à la masturbation des effets redoutables. Fournier et Bégin, en 1819, exprimant l'opinion générale, écrivent : « Combien ne voyons-nous pas de ces êtres affaiblis, décolorés, également débiles de corps et d'esprit, ne devoir qu'à la masturbation, principal objet de leurs pensées, l'état de langueur et d'épuisement où ils sont plongés ! Désormais incapables de défendre la patrie ou de la servir par d'honorables et utiles travaux, ils traînent au milieu de la société, qui les méprise, une vie qu'ils ont rendue nulle pour les autres et souvent à charge pour eux-mêmes ».

D'après Victor Hutinel et Léon Babonneix, « on trouve dans les classiques, une liste interminable de troubles causés par la masturbation. Voici les principaux : *troubles nerveux :* l'enfant devient émotif, impressionnable, triste, taciturne, maladroit, somnolent (Féré), timide et amnésique (Fonssagrives) ; son sommeil est agité, interrompu par d'affreux cauchemars ; il est plus fatigué quand il se lève que quand il se couche ; il se plaint de céphalée, surtout occipitale (Filatow), de vertiges, de névralgies diverses, de bourdonnements d'oreilles ; ses pupilles se dilatent à l'extrême, il accuse parfois de l'asthénopie accommodative : dans les cas extrêmes, la force dynamométrique diminue (Féré), la démarche devient ataxique (Hénoch) ; le malade perd le goût du travail, son intelligence s'obscurcit et il finit par tomber dans l'imbécillité ; *altération des traits :* les yeux sont battus et comme cerclés d'ombre (Comby) ; le visage pâle, amaigri, tiré ; *troubles digestifs :* anorexie,

(1) Félicien CHALLAYE. *Philosophie scientifique et philosophie morale.* Fernand Nathan, Paris, 7e édition, 1934, p. 438.

(2) *Dictionnaire de l'Académie française*, 3e édition, 1932-1935, Hachette, Paris, *Vice.*

soif incessante, bâillements répétés, dyspepsie flatulente, gastralgie, constipation ; *troubles circulatoires* : palpitations, essoufflement facile, signes de chloro-anémie, etc.

On a accusé la masturbation de conduire à la paralysie générale, à l'épilepsie, à la chorée, à la démence précoce. Elle peut être la conséquence de ces affections, mais elle n'en est pas la cause.

En fait, la symptomatologie générale de la masturbation est bien peu précise. On peut, avec René Cruchet, retenir que : « En général les enfants onanistes ont les traits tirés, le teint pâle, les yeux cernés ; ils sont las et mous, peu disposés au travail intellectuel, apathiques et somnolents, de caractère maussade ».

Mais combien de masturbateurs sont différents des précédents, sont vifs, agités, instables, curieux.

Les palpitations sont assez fréquentes du fait de l'ébranlement répété du système neuro-végétatif.

Toutefois, beaucoup d'enfants et de jeunes gens qui se livrent à la masturbation n'en éprouvent aucun dommage.

La pathogénie des troubles attribués à la masturbation est complexe. Sans doute, l'excès peut entraîner la débilitation de l'organisme et l'obnubilation intellectuelle. Mais il faut tenir compte, dans chaque cas particulier, de la *constitution*, du *tempérament*, des *diathèses*, de l'*hygiène générale*, du genre de vie, du travail scolaire, du milieu, du milieu urbain notamment, tous facteurs qui jouent un grand rôle dans la pathologie de la période de croissance staturale et de la puberté.

On peut observer quelques symptomes locaux.

Il peut y avoir de la turgescence du gland, de la rougeur et de l'épaississement du prépuce, un allongement des grandes et des petites lèvres, un clitoris développé.

Gosselin a décrit l'*orchite des masturbateurs*, qui aboutit à l'atrophie des testicules. D'après L. Ombrédanne (1), il s'agirait soit de la forme inflammatoire de la tuberculose testiculaire soit de la torsion testiculaire.

Somme toute, il n'y a pas de symptômes généraux qui permettent le diagnostic de la masturbation. L'examen local peut donner des présomptions.

Etant donné sa fréquence, surtout à partir de la puberté, il faut toujours y penser. On fait une enquête discrète en sachant que les dires des parents et des éducateurs doivent souvent être accueillis avec réserve. On cherche à obtenir l'aveu du sujet, par un interrogatoire prudent et sans trop insister.

A partir de la puberté et de l'apparition des éjaculations, des taches caractéristiques sur la chemise et les draps du lit seront révélatrices. Encore peut-il s'agir de *pollutions* spontanées, non provoquées.

Prophylaxie et traitement

Je m'occupe seulement de la masturbation banale. La masturbation due à des facteurs pathologiques demande naturellement le traitement de ces derniers.

Prophylaxie

La prophylaxie vise la suppression des facteurs étiologiques, exogènes et endogènes.

On supprime les *causes locales* d'irritation : soins de propreté, traitement des affections locales. S'il y a lieu on rompt les adhérences balano-préputiales, on fait la circoncision. On a même conseillé (Baker Brown) la *clitoridectomie* (1).

On veille à l'*hygiène du coucher*. On donne un matelas résistant, pour éviter la formation d'un creux sous le poids du corps ; on ne couvre pas trop l'enfant. On met les organes génitaux à l'abri de la main : maillot pour les bébés ; longue chemise coulissée en bas, pour les enfants plus âgés ; pyjama pour les grands. On insiste sur la nécessité du lit individuel.

On prescrit l'*hygiène générale*, bains ou douches tièdes et même frais, frictions générales, travail intellectuel bien réglé, jeux et promenades en plein air, exercice physique.

On fait vivre l'enfant dans un *milieu moral* sain, pour le mettre à l'abri de l'imitation et de l'initiation. Une surveillance discrète doit s'exercer dans les établissements où les enfants et les jeunes gens vivent en commun, notamment dans les internats. La séparation des impubères et des pubères est nécessaire, de même que celle des garçons et des filles.

Il faut, par des mesures d'ordre général, mettre les enfants et les jeunes gens à l'abri des suggestions que leur procurent une certaine littérature et certains spectacles.

Mais principalement, il convient, comme je le rappelais ci-dessus, de ne pas les laisser vivre dans l'ignorance des choses sexuelles, de faire l'éducation de la sexualité et de la fonction génésique, qui est surtout une éducation morale.

Il faut enfin éviter de voir la masturbation toujours et partout, se méfier de l'*onanisme fantôme* et des suspicions qui peuvent attirer l'attention de l'enfant.

Traitement

Le traitement repose sur les mêmes bases que la prophylaxie et emploie des méthodes de même ordre.

On traite les *causes locales*, on donne des conseils pour l'hygiène du coucher, l'hygiène générale, le milieu, l'éducation.

On prescrit les *traitements utiles* pour modifier la constitution, le tempérament, la diathèse neuro-arthritique ou le lymphatisme.

Chez les *nerveux excitables*, la balnéation chaude, les enveloppements dans un drap mouillé d'eau chaude, les bromures, la passiflore, la phényl-éthyl-manonyl-urée (Gardénal), etc., pourront exercer une action calmante utile.

Les *moyens de coercition* sont plus nuisibles qu'utiles. « Ce n'est pas, écrit Jules Comby, par des liens constricteurs ou frénateurs, par la camisole de force, par la ceinture de chasteté qu'on extirpera l'onanisme ».

Les *reproches*, les *menaces*, les *punitions* ne sont pas plus efficaces.

Il faut mettre le masturbateur en confiance, pour qu'il parle librement à son père, à son médecin ou à son confesseur. Ceux-ci, suivant la remarque d'Edouard Pichon, doivent éviter deux fautes : « La première, c'est de prendre la chose au tragique, ...la seconde c'est de prendre la chose à la blague ».

Il convient de ne pas terrifier l'enfant, de ne pas lui faire un tableau trop sombre des dangers qu'il court et de l'avenir qui lui est réservé, de ne pas le condamner aux feux de l'enfer ou à l'ablation de ses organes génitaux. En agissant par la terreur, on risque de créer un état d'anxiété, qui peut avoir de graves conséquences psychiques et morales.

On réduit l'acte à sa juste valeur ; on donne à l'enfant, avec douceur, des conseils appropriés ; on lui montre qu'avec un peu de volonté il guérira et qu'un traitement médical contribuera à sa guérison.

Quant à la psychothérapie basée sur la *psychanalyse*, elle demande beaucoup de prudence. « Il y a des choses, écrit fort justement René Cruchet, dont on ne peut parler chez l'enfant qu'avec ménagement, non pas par pudibonderie, ce qui est une objection ridicule, mais parce qu'on le suggestionne facilement ; et pour lui ôter l'idée de se masturber, on risque au contraire de la créer dans son esprit, si elle n'existait pas, ou de l'ancrer encore plus fortement, si elle existait tant soit peu déjà ».

Les médications, jointes à l'éducation, auront souvent une action favorable. Mais il est nécessaire que cette action ne soit pas combattue et annihilée par des influences contraires. Il faut éviter les conversations, les lectures, les spectacles suggestifs. L'éloignement de certains camarades, le changement de milieu, la sortie de l'internat, au besoin la vie au grand air, peuvent être nécessaires.

---

(1) L. Ombrédanne. *Précis clinique et opératoire de chirurgie infantile*. Masson et Cie, Paris, 3e édition 1932, p. 913.

(2) J. Comby. *Onanisme*, in J. Grancher, J. Comby, A.-B. Marfan. *Traité des maladies de l'enfance*. Masson et Cie, Paris, tome III, 1897.


·UROMIL·
ÉTHER PHÉNYL CINCHONIQUE — PIPÉRAZINE — HÉXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE
MOBILISE — DISSOUT
ÉLIMINE
L'ACIDE URIQUE
UROMIL
ARTHRITISME
Dr L. BÉLIÈRES - 19. RUE DROUOT - PARIS

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance annuelle du 10 décembre 1940

En raison des circonstances, la séance annuelle a eu lieu dans la plus stricte intimité.

M. Louis Martin présidait.

L'ordre du jour appelait le rapport général sur les prix par M. Georges Brouardel, secrétaire annuel, et le très important discours de M. Charles Achard, secrétaire général, dont nous avons publié, la semaine dernière, les principaux passages.

PRIX DÉCERNÉS

Prix Alvarenca de Piauhy. — M. le Dr André Brault, de Chartres.

Prix Amussat. — M. le Dr Torreilles, d'Alger.

Prix Apostoli. — M. le Dr Delhoume, de Pierre-Buffière.

Prix Argut. — MM. les Drs Weiller et Katz, de Paris.

Prix Audiffred. — L'Académie ne décerne pas le prix, mais accorde des arrérages disponibles à titre d'encouragement à : 1° Mlle le Dr de Neyman, de Paris ; 2° Mme le Dr Dubois-Verlière, de Paris ; 3° M. le Dr Schaeffer, de Tallende ; 4° M. le Dr Chenebault, de Sancellemoz ; 5° M. le Dr Jean Levaditi, de Paris ; 6° M. le Dr Fauvet, de Paris.

Prix Baillarger. — M. le Dr Vié, de Neuilly-sur-Marne.

Prix Barbier. — M. le Dr Champagne, de Saint-Ouen.

Prix Boullard. — M. le Dr Marchand, de Paris.

Prix Boulongne. — MM. les Drs Cavaillon et Leclainche, de Paris.

Prix Bourceret. — M. le Dr Lequime, de Bruxelles.

Prix Brault. — L'Académie partage le prix entre : 1° Mlle le Dr Herr, de Paris ; 2° M. le Dr Robin, de Dalat.

Prix Buignet. — M. le Dr Guillaumin, de Paris.

Prix Buisson. — M. le Dr Tréfouel, de Paris.

Prix Cailleret. — M. le Dr Lecoq, de Saint-Germain-en-Laye.

Prix Campbell-Dupierris. — M. le Dr Hugier, de Paris.

Prix Chevillon. — M. le Dr Peyron, de Paris, et à ses collaborateurs.

Prix Clarens. — Une mention très honorable est accordée à M. Schunck de Goldfiem, de Paris.

Prix Clerc. — L'Académie a partagé le prix entre : 1° Mlle le Dr Bareillier-Fouché, de Paris ; 2° M. le Dr Robert Tiffeneau, de Paris ; 3° M. le Dr Nélis, de Bruxelles.

Prix Combe. — M. le Dr Salomon, de Paris.

Prix du XIIIe Congrès International de Médecine de Paris de 1900. — M. le Dr Claude Rouvillois, de Paris.

Prix Desportes. — L'Académie partage le prix entre : 1° M. le Dr Héderer, de Toulon ; 2° M. le Dr Cornilleau, de Saint-Ideuc-en-Paramé.

Prix Dieulafoy. — M. le Dr Vieuchange, de Paris.

Prix Fournier. — L'Académie partage le prix entre : 1° M. le Dr Leroux-Robert, de Paris ; 2° M. le Dr Valade, de Cannes.

Prix Garnier. — Mme le Dr Helles-Abileah, de Paris.

Prix Gaucher. — M. le Dr Durel, de Paris.

Prix Guérétin. — M. le Dr Vignalou, de Paris.

Prix Guillaumet. — M. le Dr Seidengart, de Paris.

Prix Guzman. — M. le Dr Pierre Laubry, de Paris.

Prix Catherine Hadot. — M. le Dr Herrenschmidt, de Paris.

Prix Herpin (de Genève). — Mme le Dr Bonnafous-Sérieux, d'Alençon.

Prix Hugier. — M. le Dr Cauchois, de Paris.

Prix Infroit. — M. le Dr Guy Ledoux-Lebard, de Paris.

Prix Jansen. — L'Académie attribue quatre parts ainsi qu'il suit : 1° M. le Dr Caussé, de Paris ; 2° M. le Dr Chevallier, de Marseille ; 3° M. le Dr Coulaud, de Paris ; 4° M. Langeron, de Paris.

Prix Laval. — L'Académie décerne le prix à Mlle Ribierre, qui s'est montrée l'élève la plus méritante à la Faculté de Médecine.

Prix Leveau. — Une mention honorable est accordée à M. le Dr Richer, de Lyon.

Prix Lorquet. — M. le Dr Naudascher, de Neuilly-sur-Marne.

Prix Magitot. — M. le Dr Raymond Sacquépée, de Paris.

Prix Marmottan. — Arrérages attribués à M. le Dr Mawas, de Paris.

Prix Claude-Martin. — M. le Dr Ségal, de Carqueiranne.

Prix Georges Merzbach. — MM. les Drs Braun et Meyer, de Paris.

Prix Mesureur. — Mlle le Dr Sibertin-Blanc, de Ouenza.

Prix Meynot. — MM. les Drs Aubin et Maduro, de Paris.

Prix Monbinne. — M. le Dr Dollfus, de Paris.

Prix Pannetier. — M. le Dr Giroud, de Paris.

Prix Berthe Péan. — M. le Dr Canetti, de Paris.

Prix Perron. — L'Académie partage le prix entre : 1° MM. les Drs Worms, de Bourg, et Klotz, de Paris ; 2° M. le Dr Fontaine et Mlle le Dr Raffy, de Paris ; Une mention très honorable est accordée à M. le Dr Moinson, de Paris.

Prix Pourat. — Le prix est décerné à l'ouvrage ayant pour titre : *Des fonctions nerveuses qui subsistent après l'ablation de la moelle épinière*, pour devise : *Omnia non possumus omnes* et pour auteur M. le Dr Hermann, de Lyon.

Prix Ricaux (*diabète*). — L'Académie partage le prix entre : 1° M. le Dr Michel Rathery, de Paris ; 2° M. le Dr Loubatières, de Montpellier.

Prix Ricaux (*tuberculose*). — 1° M. le Dr Jacquelin, de Paris ; 2° M. le Dr Gourdou, de Toulouse ; 3° M. le Dr Garcia-Bengochea, de La Havane.

Prix Robin. — M. le Dr Molinéry, de Luchon.

Prix Roussilhe (*dermatologie*). — 1° M. le Dr Pautrier, de Strasbourg ; 2° M. le Dr Delaunay, de Garches.

Prix Roussilhe (*syphiligraphie*). — 1° M. le Dr Payenneville, de Rouen ; 2° Mlle le Dr Buisson, de Villejuif.

Prix Sabatier. — M. le Dr Siguier, de Paris.

Prix Saintour. — MM. les Drs Mosinger et Bontoux, de Marseille.

Prix Stanski. — M. le Dr Jaulmes, de Lyon.

Prix Testut. — L'Académie partage le prix entre : 1° M. le Dr Lazorthes, de Toulouse ; MM. les Drs Turchini, de Montpellier, et Hovelacque, de Paris.

Prix Vernois. — M. le Dr Raymondaud, de Paris.

Service de l'hygiène et des maladies contagieuses

1° *Médailles d'argent :* MM. les Drs Besson, inspecteur général des Services d'hygiène à la Préfecture de la Seine ; Le Sourd (F.), à Paris ; MM. Leclainche, inspecteur général au ministère de la Santé ; Mounié, maire d'Antony (Seine) ; Revillod, secrétaire général de la Préfecture de police ; Simon (Jacques), directeur à la Préfecture de police ; Torchaussé, conseiller municipal, Hôtel de Ville ; Triollet, médecin-inspecteur départemental d'Hygiène à Vannes (Morbihan).

2° *Médailles de bronze :* Mme le Dr Petit-Maire, à Paris ; MM. les Drs Becker, contrôleur des Services de désinfection de la Préfecture de la Seine ; Boelle, à Paris ; Bouyssy, inspecteur général adjoint des Services d'Hygiène de la Seine ; Eisenstein, à Paris ; Léger, à Etaules ; Marquezy, médecin des hôpitaux ; Molina ; Salamo ; Vital-Dreyfus, à Paris ; MM. Blanc, à Carcassonne ; Chaux-Thévenin, à Rochefort ; Offner, directeur des Services d'Hygiène à la Préfecture de police.

Service de la vaccine

Vaccination antivariolique. — L'Académie accorde, pour le Service de la Vaccination antivariolique en 1939 :

1° *Médailles d'argent :* M. le Professeur Mandoul, à Bordeaux ; MM. les Drs Pappas, à Montpellier ; Pourquier (J.-H.), à Montpellier ; Vialle (Ant.), à Tours ; Mlle Ratner (Véra), à Paris ; Mme Le Bechet, à Paris.

2° *Rappel de médaille d'argent :* M. le Professeur Aubertin (Emile), à Bordeaux.

3° *Rappel de médaille de bronze :* Mlle Inard (Marie-Laurence), à Paris.

4° *Médailles de bronze :* M. le Dr Fasquelle (Robert), à Paris ; MM. Dulac (Pierre), de Bordeaux ; Jourdan (Maurice), de Bordeaux ; Dane-Ba-Tam, Dueng-Thuy, Ho-Dinh-Kim, Ho-Kim, Huynh-Ngoc-Luu, Le-Doi (dit Nguyen Kinh), Nguyen-Nang, Nguyen-Van-De, Ton-That-Sanh, Tron-Ky, à Vinh.

Vaccination antidiphtérique. — L'Académie accorde pour le Service de la Vaccination antidiphtérique en 1939 :

1° *Médailles d'or :* MM. les Drs Loiseau (Georges), à Paris ; Laffaille (Albert), à Paris.

2° *Médailles de vermeil :* MM. les Drs Bailly-Salin (Paul), à Sens ; Meersseman (F.), professeur agrégé au Val-de-Grâce ; Meunier (Roger), à Alger ; Saenz (Abelardo), à Paris ; Sohier, professeur agrégé au Val-de-Grâce ; Triollet (Louis), à Vannes ; Mlle Grégoire (Madeleine), à Paris.

3° *Rappels de médailles d'argent :* M. le Dr Rousseau (Louis), à Rouen ; Mme le Dr Legros (Marguerite), à Angers ; Mmes Joyet-Lavergne (Lina-Pauline), à Paris ; Le Connetable, à Paris ; Mlles de Cuverville (Yvonne), à Paris ; de Joannis (Jeanne-Elisabeth-Octavie), à Montrouge.

4° *Médaille d'argent :* M. Gidon (Victor), à Paris.

5° *Rappel de médaille de bronze :* Mlle Rogier (Anna-Marguerite), à Montrouge.

6° *Médailles de bronze :* Mlles Couturier (Marie-Thérèse), à Paris ; Giffard (Laure), à Versailles ; Robert (Andrée), à Paris.

Service des eaux minérales

1° *Médailles d'or :* M. le Professeur Chiray, à Paris ; MM. les Drs Gardette (Victor), à Paris ; Merklen (Louis), professeur à la Fac. de méd. de Nancy ; Paillard, de Vittel, prof. à l'Ecole de méd. de Clermont-Ferrand ; Vaucher, prof. à la Fac. de méd. de Strasbourg.

2° *Médailles de vermeil :* MM. les Drs Aire, de Châtel-Guyon ; Bertier (Louis), d'Aix-les-Bains ; Deschamps (Pierre-Noël), de Royat ; Forestier (Jacques), d'Aix-les-Bains ; Rimattei, professeur à la Fac. de méd. de Marseille ; Ségard, de Saint-Honoré-les-Bains.

3° *Médailles d'argent :* MM. les Drs Boucomont, de Royat ; Devaux (François), de Vittel ; Galup, du Mont-Dore ; Mallein, de Saint-Gervais-les-Bains ; Mathieu de Fosscy, de Vichy ; Perpère, du Mont-Dore ; Walter, de Vichy.

4° *Médailles de bronze :* MM. les Drs Cattier, de Paris ; Claude, du Mont-Dore ; Jumont, de La Bourboule.

Service de l'hygiène de l'enfance

1° *Rappel de médaille de vermeil :* MM. Eynard, Frandon, Rondeau, Mme la Baronne Jacques Mallet.

2° *Médaille de vermeil :* MM. les Drs Bezy, de Toulouse ; Bohn (André), d'Antony (Seine) ; Briskas (Sotirios de Basil), professeur agrégé, à titre étr., des Fac. de méd., à Paris ; Lelong (Marcel), prof. agrégé, à Paris ; MM. Deprun, Dupoux, Henard, Montagne, Tissier ; Mmes Nicot, Robbe.

3° *Rappel de médailles d'argent :* MM. Barus, Feidt, Hubert, Masrevery ; Mmes Branca, Curotot, Mayoux, Schelcher ; Mlles Frusson, Le Camus, Moulon.

4° *Médailles d'argent :* MM. les Drs Camus, Géant, Marteville (René), Petit (Georges), Texier (Simon), Basse, Sergent, Mlle le Dr Jammet, à Paris ; MM. Bornet, Douzeau, Dresse, Gadaud, Gagnerie, Guenier, Jupillat, Laveau, Martin, Massiera, Parade, Pontet, Sauve, Varenne ; Mmes Brioudet, Cortial, Forget, Fournier-Mottaz, Henry, Joubert, Merly, Olivier, Panou, Robert, Roby, Sœur Saint-Philippe ; Mlles Chesnel, Fristch, Gavard (Marthe) ; Germain, Hardouin, Le Hartel, Metz, Tourricou.

5° *Rappel de médailles de bronze :* MM. les Inspecteurs de l'Assistance publique : Bourges, Courcou, Lamotte, Riu, Yver ; Mmes Allain, Balthazar, Bonnard, Couteau, Jay, Nourine, Quelet, Sedan, Vernier.

6° *Médailles de bronze :* MM. les Inspecteurs de l'Assistance publique Agie, Assoignon, Augière, Brun, Delattre, Desflaches, Gouyric, Vernes, Weber ; Mmes Bay, Buig, Cabouat, Chatelin, Dieryck, Droz, Gagniard, Girbal (à Marseille), Guéganic, Lansoy, Longin, Luiset, Martin, de Marsay, Merly, de Moustier, Olivier-Decroix, Peyrat, Rousseau, Sœur Marie de la Résurrection, Sœur Odile, Tence, Testart, Vernier ; Mlles Barrat, Bonnaire (Marthe), Beaulieu, Bloncourt, Bonnot, Carbonnel, Caussade, Duhamel, Gavard (Marthe), Lépine, Loudun, Mahé (M.-S.), Marion, Moritz, Perus, Ravart, Roche (Marie-Louise), Roche (Jeanne), Rouzière, Topet (M.), Tourrucou, Zwingelstein (Marie-Henriette) ; MM. Ameline, Bernard (Besançon), Brigault, Brillet, Croquette, Delache, Duroure, Faivre, Mensier (Colonel), Marchand, Métayer-Tisseau, Raveau, Tézier, Thébault, Tramier.

Séance du 17 décembre 1940

Commission du rationnement. — M. Portier donne lecture d'un rapport sur : Ration alimentaire et vêtement.

Si en même temps la ration alimentaire et le chauffage de l'habitation deviennent tous deux notoirement insuffisants, l'effort doit se porter du côté de l'habillement.

On sait, et les expériences de Bergonié l'ont bien établi, que les vêtements qui protègent le mieux contre la déperdition de calorique sont les étoffes de laine et les fourrures. Malheureusement, dans les circonstances actuelles, il est de plus en plus difficile de s'en procurer.

On sait, d'autre part, que deux vêtements semblables superposés constituent une protection plus efficace qu'un vêtement unique de même étoffe mais d'épaisseur double.

La sensibilité au froid est variable suivant les individus, les enfants ont, par rapport à leur poids, une surface cutanée, donc une surface de déperdition plus grande que celle de l'adulte. Ils doivent donc être protégés avec soin.

Rapport sur la meilleure manière d'utiliser le blé et le pain en période de restriction alimentaire. — M. Gabriel Bertrand s'élève contre le mauvais emploi qui est fait du blé en temps de disette. Il se demande s'il y a intérêt à extraire, sous forme de farine, la totalité des substances que l'homme peut assimiler, quitte à faire passer dans son tube digestif les débris d'enveloppe inutilisables par lui et à priver complètement de son les animaux domestiques, ou bien à limiter le taux d'extraction à un degré tel, que les avantages retirés de l'emploi du son par les animaux compensent, et au delà, la faible partie de substance alimentaire dont l'homme serait privé.

Il convient de ne pas oublier le rôle que ces animaux jouent par leur travail, leur fumier, la viande, le lait, la corne et le cuir qu'ils fournissent.

M. G. Bertrand, examinant le taux d'extraction de la farine, rappelle que 100 grammes de pain fournissent 250 calories. Le pain n'est remplaçable, à l'heure actuelle, que par des aliments comme la viande, le fromage, les matières grasses, etc., plus déficitaires, ou par des légumes frais (choux, salades, carottes) dont les quantités énergétiquement équivalentes sont tellement considérables qu'il n'est pratiquement possible d'y songer que pour une partie tout à fait insuffisante. D'où la nécessité d'éviter le gaspillage du pain et de favoriser sa consommation.

Discussion. — M. Lapicque combat les conclusions du rapporteur. Le rapport est renvoyé à la commission et M. Lapicque est adjoint à la Commission du rationnement.

Influence comparée du milieu familial sur la mortalité infantile. — MM. Lesage et Moine.

Election du bureau. — M. Pierre Duval, vice-président pour 1940, devient président pour 1941, en remplacement de M. Louis Martin.

M. Emile Sergent est élu vice-président pour 1941 (président pour 1942), par 47 voix sur 48 votants, et un bulletin blanc, le sien.

M. Sergent, rappelons-le, a été élu membre titulaire en 1919, à l'unanimité des votants.

M. Brouardel est réélu secrétaire annuel, par acclamations.

Enfin, MM. Claude et Couvelaire sont élus membres du Conseil pour 1941.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Séance du 27 novembre 1940

Rétablissement de la continuité intestinale après résection du côlon iléo-pelvien. — M. d'Allaines. — Il s'agissait d'un endométriome du côlon gauche opéré par opération d'Hartmann ; l'auteur a utilisé, pour rétablir la continuité, le côlon transverse libéré et basculé par-dessus les anses grêles. Les suites opératoires ont été favorables.

Métastase d'une tumeur mélanique de la choroïde évoluant sous la forme d'un abcès abdominal. Drainage. Traitement radiothérapique. Guérison apparente depuis quatre ans et demi. — MM. d'Allaines, P. Gibert et P. Blamoutier. — La radiothérapie a eu une influence très favorable sur l'évolution de la tumeur intra-abdominale et en a amené la disparition clinique.

M. Roux-Berger insiste sur le très grand intérêt de cette observation.

Les sulfamides dans la chirurgie des traumatismes. — M. Louis Michon se montre très favorable à l'emploi des sulfamides. M. Brécnot apporte quelques faits concluant dans un sens analogue. M. Soupault rapporte deux travaux : le premier *sur l'étude bactériologique des plaies de guerre*, par MM. Fauvert, Villars et Lagnat ; une technique extrêmement précise a permis aux auteurs de dresser des courbes microbiennes pour chaque plaie et pour chaque germe en cours. De leurs constatations il en ressort que dans 70 % des cas l'infection est mixte aérobie-anaérobie ; très rarement l'infection est plurimicrobienne, uniquement aérobie et anaérobie. Au départ les aérobies dominent, puis au bout de 24 heures, 48 heures, la courbe des anaérobies monte pour croiser la courbe des aérobies, elle redescend ensuite pour s'approcher de zéro à partir du septième jour. Comme agent de suppuration chronique les auteurs ont surtout rencontré le colibacille. Le deuxième travail concerne l'*influence de la sulfamidothérapie sur l'évolution bactériologique des plaies* et est dû à MM. Sarroste et René Fauvert. Ils ont étudié une série de plaies traitées uniquement par les sulfamides ; *per os* l'efficacité aurait été nulle. En application locale (poudre), il a semblé aux auteurs que le produit était faiblement absorbé et ne modifiait que peu l'évolution bactériologique des plaies.

M. Roux-Berger rapporte un certain nombre d'observations sur le même sujet dues à MM. Gosset, Boutron, Huguier, Bernard ; une observation de péritonite intra-abdominale est particulièrement intéressante et démonstrative.

M. Barbier est élu membre titulaire de l'Académie.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 novembre 1940

Méningoblastome des segments cervicaux supérieurs. — M. Nicaud. — Résultats de l'examen d'une tumeur comprimant la moelle, chez une malade, présentée à la Société et opérée par le Dr Clovis-Vincent. Cliniquement, apparition brusque d'une hémiplégie droite après une hémiplégie gauche respectant la face. La tumeur était constituée par des nappes de cellules ovalaires semées de corps concentriques de forme nodulaire constituée par

une substance collogène rubanée. D'après Oberling, l'origine de ces tumeurs méningées réside dans les cellules névrogliques adaptées à une fonction spéciale. Ces cellules sont nommées « méningoblastes », et la tumeur en cause doit être considérée comme un méningoblastome de type glial avec formation collogène concentrique.

Sur un nouveau cas de tuberculose miliaire épisodique. — MM. Et. Bernard et Weil. — Observation d'une femme de 25 ans chez laquelle le film révéla, dans la convalescence d'une pleurésie, un aspect micronodulaire généralisé bilatéral. 15 mois plus tard la miliaire disparut, mais survint alors une nouvelle poussée évolutive de tuberculose ulcéreuse à marche progressive. La miliaire n'a donc été, en l'espèce, qu'un épisode précoce, accompagnée d'ailleurs d'une pleurésie, d'une ostéo-arthrite et d'un abcès froid, elle est apparue à un stade de l'infection tuberculeuse qui suit de près le chancre d'inoculation.

Un cas de méningite cérébro-spinale à liquide clair et à lymphocytose rachidienne. — M. Hallemand, à propos de la communication récente du professeur Rathery, rapporte l'observation d'un jeune homme atteint d'une méningite cérébro-spinale ayant débuté par un érythème polymorphe et qui guérit sous l'influence de la sérothérapie intrarachidienne et intramusculaire. Pendant toute la durée de l'évolution, le liquide céphalo-rachidien, qui contenait des méningocoques, se montra clair et avec une formule lymphocytaire.

Etat de mal épileptique instantanément guéri par une injection intrarachidienne d'air. — MM. Jacques Decourt et P. Sivadon. — Chez un sujet en bonne santé apparaît un jour, sans cause apparente, une première crise d'épilepsie à type Bravais-jacksonien. Les jours suivants, les crises se répètent avec une fréquence croissante. Des crises généralisées alternent avec des crises Bravais-jacksoniennes. Au 13e jour de la maladie, elles réalisent le tableau de l'état de mal épileptique. Une injection sous-arachnoïdienne de 20 cc. d'air mit fin à cet état de mal. La guérison a persisté, complète et sans séquelles.

Réticulo-endothéliose aiguë monocytonique (adénolymphoïdite aiguë, mononucléose infectieuse, aigine à monocytes). — MM. Clément et Delon. — Enfant de 7 ans, atteint : *a*) d'une hyperplasie généralisée des éléments du tissu réticulo-endothélial ; formations lymphoïdes rhino-pharyngées hypertrophiées et recouvertes d'un enduit grisâtre, augmentation de volume des ganglions sous-maxillaires, cervicaux, axillaires, inguinaux, de la rate et du foie ; *b*) d'une mononucléose à prédominance de monocytes, de monoblastes et de cellules jeunes avec leucocytose légère, état fébrile et atteinte de l'état acnéral. Guérison par radiothérapie et par la médication sulfamidée.

Syndrome d'Ehlers-Danlos chez un garçon de 19 ans, associé à une arriération mentale. — M. Clément Launay. — Garçon de 12 ans présentant le syndrome signalé, savoir : cicatrices nacrées, tumeurs molles des coudes et des genoux, nodules intra-dermiques, dyschromies multiples. Le malade a été considéré comme atteint d'hémophilie ; c'est un arriéré intellectuel avec des troubles du développement. Il semble bien s'agir d'une dystrophie congénitale complexe, frappant la peau et les phanères et aussi le système nerveux, et datant du début de la vie embryonnaire.

Séance du 15 novembre 1940

Paludisme autochtone à plasmodium falciparum contracté à Antony. — MM. P. Harvier et R. Claisse. — Observation d'un malade atteint de paludisme tropical autochtone, contracté dans la proche banlieue de Paris, à Antony, foyer connu d'anophélisme. Le paludisme s'y est développé en septembre dernier après l'internement de troupes nord-africaines dans le Stade du Métropolitain situé en bordure des marais de la Bièvre. Une cinquantaine de cas à plasmodium vivax ont été observés.

Varices unilatérales. — M. F. Boltanski présente un cas de varices unilatérales, accompagnées d'un angiome plan siégeant du même côté et de vitiligo.

Un cas de diabète consomptif apparu chez un prédisposé au cours d'un traitement par le principe gonadotrope extrait du sérum de jument gravide. — M. E. Boltanski. — Observation d'un enfant, neveu et petit-fils de diabétiques, qui fut brusquement atteint de diabète consomptif au cours d'un traitement par le protan. Tout en admettant une coïncidence, l'auteur conseille de s'abstenir de cette thérapeutique chez les sujets à hérédité diabétique.

M. Guillain rapporte un cas de myélite aiguë présentant un tableau typique, dont on connaît l'évolution grave. Il a eu l'idée de lui appliquer la thérapeutique par les sulfamides, a constaté une nette amélioration au bout de 5 à 6 jours.

Actuellement, au bout d'un mois, la guérison est complète.

Pneumothorax spontané avec image kystique transitoire. — MM. Jacob et Hanrion. — Observation d'une femme de 35 ans qui, après de grandes fatigues (en juin 1940), a présenté un pneumothorax spontané, rentrant dans le cadre des pneumothorax spontanés bénins. Au cours de l'évolution, les auteurs ont vu à la radio, à la partie moyenne du poumon, une image bullaire, laquelle s'est rapidement effacée quand le poumon a commencé à reprendre son extension et a reparu quand se reproduisait un petit pneumothorax.

Les auteurs cherchent si la production bullaire était une ampoule sous-pleurale ou un emphysème localisé.

Intoxication par le chlorure de méthyle employé comme réfrigérant. — MM. Duvoir et Gaullier. — Intoxication bénigne. Dans les formes plus graves, on note des vomissements, de la céphalée, de la somnolence et des vertiges. Ces faits représentent la forme moyenne, curable sans séquelles. Dans une forme grave, mortelle, on note du coma et des convulsions. Dans tous les cas la forme clinique est nerveuse, elle s'observe dans la fabrication ou la réparation des appareils frigorifiques.

Etude expérimentale d'un pneumobacille isolé des urines d'une encéphalitique psychosique, azotémique. — MM. Laignel-Lavastine, Lévy-Bruhl, Bouvet et Follin. — Etude d'un microbe intermédiaire au colibacille et au pneumobacille de Friedlander, extrait des urines d'un malade au décours d'un délire aigu grave rentrant dans le groupe des encéphalites psychologiques azotémiques. Les injections sous-arachnoïdiennes de ce microbe à des animaux ont déterminé des lésions encéphalitiques qui permettent d'admettre que l'azotémie de l'encéphalite psychosique est d'origine extra-rénale.

Séance du 22 novembre 1940

Résumé de la valeur sémiologique du réflexe de la moue et du mouvement pendulaire des yeux au cours des états hypoglycémiques. — MM. Laignel-Lavastine, Julio Asuad et Bouvet. — Dans les états hypoglycémiques graves, la symptomatologie varie avec le degré d'hypoglycémie, et celle-ci est fonction de la quantité d'insuline injectée. Les troubles apparaissent dix minutes après l'injection, au moment où la chute de la glycémie commence : troubles vaso-moteurs, anhydrémie, hypertension veineuse et céphalo-rachidienne.

Les troubles hypoglycémiques peuvent être divisés en quatre phases, à savoir :

1° Somnolence et torpeur avec hypertension veineuse et céphalo-rachidienne ;

2° L'excitation motrice, avec euphorie et irritabilité, accompagne des troubles vaso-moteurs importants ;

3° Inhibition corticale par hypoglycémie et anoxhémie avec libération des centres tonigènes ou régulateurs du tonus, sont les caractéristiques de cette phase. Au cours de celle-ci, on constate l'apparition de mouvements primitifs, tels que la préhension forcée et la protrusion des lèvres, spontanément ou à la percussion. Ce dernier signe précède de quelques minutes l'apparition du coma ;

4° Disparition des mouvements spontanés et des spasmes de torsion, diminution du tonus, des réflexes, apparition des mouvements pendulaires des yeux. L'arrêt de ces derniers mouvements commande l'arrêt du traitement.

Un cas de septicémie veineuse subaiguë à bacille paratyphique B, par R. Fauvert, présenté par M. Cachera. — L'auteur relate une observation de septicémie prolongée pendant quatre mois, caractérisée par une succession de phlébites superficielles et profondes, et dont l'étiologie peut être attribuée à un bacille paratyphique B.

Diagnostic précoce de la spondylose rhizomélique. — M. Mathieu-Pierre Weil. — Pour l'auteur, la spondylose rhizomélique est l'état terminal d'une affection du rachis caractérisée au début par une arthrite sacro-iliaque bilatérale et ankylosante.

La lésion, précoce et constante, permet d'instituer de suite un traitement curatif basé sur la triade : immobilisation vertébrale, thorium, or. La curabilité est fonction de la précocité du diagnostic.

Septicémie veineuse subaiguë à bacille paratyphique B. — M. Fauvat. — Un cas de septicémie prolongée de quatre mois, caractérisée par des phlébites superficielles et profondes et dont l'étiologie peut être attribuée à un bacille paratyphique B.

Erythrémie chez une malade atteinte de dilatation de l'artère pulmonaire. — MM. Kourilsky, Regaud et Dugrenot. — L'examen clinique montra un dédoublement au deuxième bruit et l'examen radiologique fit constater une pulsatilité de l'arc moyen, un élargissement des branches de l'artère pulmonaire. L'origine de ce fait est congénitale.

Abcès gazeux mortel dû au B. perfringens après injection d'adrénaline. — M. Milian et Mme Nourry. — Ce fait prouve qu'il faut éviter les injections d'adrénaline chez les sujets atteints d'infection intestinale ou d'entérite. Il serait utile d'ajouter de l'adrénaline au bouillon pour favoriser la culture de certains microbes, dans les hémocultures où le nombre des germes circulant dans le sang n'est pas considérable.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

De l'Ordre des Médecins

L'institution de l'Ordre des Médecins a provoqué des mouvements divers dans les milieux médicaux ; les remarques et les critiques qui ont été formulées paraissent tenir à une confusion initiale due aux termes employés pour la désigner.

« Ordre des Médecins » a déterminé immédiatement dans les esprits une assimilation avec l'Ordre des Avocats. Or, ils sont essentiellement dissemblables. L'Ordre de Avocats, sous la forme où il est ainsi envisagé, n'existe pas : il y a des Ordres d'Avocats, correspondant chacun à une circonscription judiciaire et présentant des règles fort différentes, parfois même opposées. Ce qu'on a dénommé « Ordre des Médecins » est national avec des règles uniformes pour tout le territoire.

D'autre part, les Ordres d'Avocats s'efforcent de maintenir des traditions qui, malgré certaines différences, sont millénaires. La nouvelle institution médicale qui a à connaître de toutes les questions se rapportant à la médecine et à sa pratique doit, elle, établir les règles professionnelles, ou, si l'on veut, les rétablir. Sa tâche sera ardue car elle devra la poursuivre dans une atmosphère qui est loin d'être favorable. Des abus se sont établis qui ont, auprès d'un trop grand nombre, acquis droit de cité. Il faudra léser des intérêts matériels qui, pour être illégitimes, n'en seront pas moins âprement défendus par ceux qui en tirent profit : il ne s'agit donc pas seulement d'établir des réformes, mais de les faire accepter et de les acclimater. Aussi faut-il accorder le crédit et le temps nécessaires.

En somme, cette institution s'apparente beaucoup plus à une Corporation qu'à un Ordre : ce dernier n'est que fonction de la première ; aussi peut-on penser que bien des remarques, critiques ou discussions eussent été évitées si, dès l'abord, avait été adoptée la dénomination « Corporation Médicale ».

A. Herpin.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris

25 Nos 85-86. — 25-28 DECEMBRE 1940. 113e ANNEE Le N° 60 Centimes.

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

ADMINISTRATION ET RÉDACTION :



49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS, 6e. Tél. : Danton 48-31.

PRIX DE L'ABONNEMENT

FRANCE
3 mois : 15 fr. — 6 mois : 30 fr. — 1 an : 54 fr
Etudiants : 30 francs par an.
On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste.

ETRANGER
Pays ayant accordé la réduction de port : 78 francs.
Tous les autres pays : 90 francs.
Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) - Téléph. : LITTRÉ 34-93 - VAUGIRARD 42-20

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Mouvements et mutations entraînés dans le personnel médical par suite des vacances survenues pendant le cours des années 1939-1940. Ordre chronologique jusqu'au 26 décembre 1940 :

SERVICES DE CHIRURGIE. — 1° A l'hôpital de la Pitié (remplacement de M. le Dr Chevrier, atteint par la limite d'âge). Néant (service fermé).

2° A l'hôpital Ambroise-Paré (remplacement de M. le Dr Desmarest, atteint par la limite d'âge), M. le Dr Sauvé de l'hôpital Lariboisière.

A l'hôpital Lariboisière (remplacement de M. le Dr Sauvé). Néant (service fermé).

3° A l'hôpital de la Pitié (remplacement de M. le Dr Küss, atteint par la limite d'âge). Néant (service fermé).

4° A l'hôpital Laënnec (remplacement de M. le Dr Lardennois, décédé). Service dédoublé :

A) M. le Dr Roux-Berger, de l'hôpital Tenon ;

B) M. le Dr Robert Monod de l'hôpital Beaujon.

A l'hôpital Tenon (remplacement de M. le Dr Roux-Berger), M. le Dr Houdard de l'hôpital Lariboisière.

A l'hôpital Beaujon (remplacement de M. le Dr Robert Monod). Néant (service fermé).

5° A l'Hôtel-Dieu (remplacement de M. le Prof. Cunéo) M. le Dr Mondor de l'hôpital Bichat.

A l'hôpital Bichat (remplacement de M. le Dr Mondor), M. le Dr Rouhier de l'hôpital Beaujon.

A l'hôpital Beaujon (remplacement de M le Dr Rouhier). Néant (service fermé).

6° A l'hôpital Cochin (remplacement de M. le Prof. Chevassu), M. le Dr Fey de l'hôpital Lariboisière, délégué en qualité d'agrégé par la Faculté de médecine.

A l'hôpital Lariboisière (remplacement de M. le Dr Fey). Néant (service fermé).

7° A l'hôpital Saint-Louis (remplacement de M. le Dr Moure). M. le Dr Madier de l'Hospice des Ménages.

A l'hospice des Ménages (remplacement de M. le Dr Madier). Néant (service fermé).

8° A l'hôpital Saint-Louis (remplacement de M. le Dr Picot, atteint par la limite d'âge), M. le Dr Desplas de l'hôpital de la Pitié.

A l'hôpital de la Pitié (remplacement de M. le Dr Desplas). Néant (service fermé).

9° A l'hospice des Enfants-Assistés (remplacement de M. le Docteur Martin, atteint par la limite d'âge), M. le Dr Fèvre, titularisé (hors tour).

10° A l'hôpital Tenon (remplacement de M. le Dr Deniker, atteint par la limite d'âge), M. le Dr Métivet, de l'hospice d'Ivry.

A l'hospice d'Ivry (remplacement de M. le Dr Métivet), M. le Dr Jacques Bloch, titularisé.

11° A l'hôpital Boucicaut (remplacement de M. le Dr Okinczyc, qui a demandé son admission à l'honorariat), M. le Dr Guimbellot, de l'hôpital Beaujon.

A l'hôpital Beaujon (remplacement de M. le Dr Guimbellot). Néant (service fermé).

12° A l'hôpital Raymond-Poincaré, à Garches (transfert du service de chirurgie de l'hôpital maritime de Berck), M. le Docteur Richard.

A l'hôpital maritime. Néant (établissement fermé).

13° A la clinique Antoine-Chantin (ouverture d'un service de chirurgie), M. le Dr de Gaudart d'Allaines, titularisé.

A la Maison Municipale de Santé (rétablissement d'un poste de chef de service), M. le Dr Moulonguet, titularisé.

15° A la Fondation Paul-Marmottan (création d'un poste de chef de service), M. le Dr Gatellier, titularisé.

Remplacements provisoires. — A l'hôpital Saint-Antoine (remplacement de M. le Prof. Grégoire, en congé pour raison de santé), M. le Dr Cadenat de l'hôpital Lariboisière.

A l'hôpital Lariboisière (remplacement de M. le Dr Cadenat). Néant (service fermé).

Consultations générales. — Saint-Antoine : M. Braine. — Necker : M. Quenu, Jean. — Beaujon : M. Chevrier (chirurgien honoraire). — Tenon : M. Redon. — Laënnec : M. Sénèque. — Bichat : M. Bloch, René. — Saint-Louis : M. Deniker (chirurgien honoraire).

Assistants de service de chirurgie. — Hôtel-Dieu : Chef de service, Prof. Mondor ; assistants, MM. Huet, Welti, Sicard. — Saint-Antoine : ch. de s., MM. Cadenat, Bréchot. — Necker : ch. de s., MM. Jean Berger, Gouverneur ; ass., MM. Mialaret, Charrier. — Enfants-Malades : ch. de s., MM. Ombrédanne, Bergeret ; ass., M. Calvet (1 adm.). — Cochin : ch. de s., Prof. Lenormant, Mathieu, M. Fey ; ass., MM. Wilmoth, Oberlin, Ménegaux, Padovani, Couvelaire. — Tenon : ch. de s., MM. Houdard, Métivet, Girode ; ass., MM. Aurousseau, Longuet, Meillère. — Laënnec : ch. de s., MM. Roux-Berger, Robert Monod ; ass., MM. Maurer, Sauvage, Lecœur. — Bichat : ch. de s., MM. Capette, Rouhier, Brocq; ass., MM. Guellette, Rudler. — Broussais : ch. de s., M. Basset; ass., M. Amelinc. — Antoine-Chantin : M. de Gaudard d'Allaines; ass., M. Patel. — Boucicaut : ch. de s., M. Guimbellot ; ass., M. Seillé. — Vaugirard : ch. de s., M. Pierre Duval ; ass., M. Merle d'Aubigné. — Ambroise-Paré : ch. de s., M. Sauvé ; ass., M. Thalheimer. — Saint-Louis : ch de s., MM. Bazy, Desplas, Madier, Boppe, Michon ; ass., MM. Sylvain Blondin, Banzet, Gérard-Marchant, Sabourin, Garnier, Niel, Tissot, Laporte. — Broca : ch. de s., M. Mocquot ; ass., M. Raoul-Charles Monod. — Maison de Santé : ch. de s., M. Moulonguet ; ass, M. Soupault. — Bretonneau : ch. de s., M. Leveuf ; ass. M. Petit (bi adm.). — Trousseau : ch. de s., M. Sorrel ; ass., M. Guichard. — Enfants-Assistés : ch. de s., M. Fèvre. — Bicêtre : ch. de s., M. Toupet ; ass., M. Alain Mouchet. — Salpêtrière : ch. de s., M. Gosset ; ass., MM. Petit-Dutaillis, Funk, Jean Gosset. — Ivry : ch. de s., M. Jacques Bloch. — Garches et Brévannes : ch. de s., M. Richard ; ass., Mlle Picard, M. Delahaye.

Faculté de Médecine de Paris. — Les cours normaux de la Faculté de Médecine ont repris le vendredi 20 décembre. Les travaux ont repris le même jour pour tous les étudiants dont la série était en cours.

Vacances de fin d'année et du jour de l'an. — Les vacances de Noël et du jour de l'An sont fixées comme suit : sortie, samedi 21 décembre après les cours. Reprise des travaux pratiques et des cours le vendredi 3 janvier 1941.

Le Secrétariat sera ouvert tous les jours de midi à 16 heures, sauf le mercredi 25 décembre et le mercredi 1er janvier.

Bibliothèque. — La bibliothèque sera fermée du samedi 21 décembre au soir au jeudi 2 janvier inclus.

Des séances spéciales pour le service de prêt auront lieu les mardis 24 et 31 décembre, de 14 à 16 heures.

Secrétariat général à la Famille et à la Santé. — Le *J. O.* du 14 décembre 1940 publie un décret portant *organisation et statut de l'Inspection générale de l'enfance et de la famille au Ministère de l'Intérieur* (secrétariat général à la famille et à la Santé).

Médecins inspecteurs. — Sont nommés à titre temporaire médecins inspecteurs de la Santé :

MM. les Drs Boulangier (Puy-de-Dôme) ; Dumesnil (Côte-d'Or) ; Andrieu (Indre-et-Loire) ; Dirat (Hautes-Pyrénées) ; Joucla (Charente) ; Degviral (Côtes-du-Nord) ; Mayer (Indre) ; Cordier (Aube) ; Saddier (Landes) ; Mme le Dr Berthezenne (Nièvre). (*J. O.*, 17 décembre 1940).

M. le Dr Casaubon est nommé, à titre temporaire, médecin inspecteur adjoint de la santé dans le département des Basses-Pyrénées.

Service de santé. — Par arrêté du 27 novembre 1940, a été nommé, avec son grade, dans le cadre des officiers de réserve du service de santé à compter du 27 décembre 1940, M. le médecin colonel Laloy (A.-G.), retraité (*J. O.*, 10 décembre 1940).

La Société Française de Gynécologie reprendra ses travaux le lundi 20 janvier à 17 heures à la Faculté de Médecine.

Les membres de la Société sont priés de faire connaître leurs adresses actuelles, et, s'ils ne peuvent assister à la séance, d'adresser leurs manuscrits à M. le Dr Maurice Fabre, secrétaire général, 1, rue Jules-Lefebvre, Paris (9e).

Tous les médecins qui s'intéressent à la gynécologie sont cordialement invités à cette réunion.

Matériel médico-chirurgical. — Le *J. O.* du 11 décembre 1940 publie un décret portant création de comités d'organisation de l'optique et des instruments de précision, de l'armurerie et du matériel médico-chirurgical et nommant les membres de ces comités.

Commission du tarif pharmaceutique interministériel. — Le *J. O.* du 12 décembre public un arrêté instituant une commission du tarif pharmaceutique interministériel applicable aux bénéficiaires des lois des 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite, 28 octobre 1935 sur les assurances sociales, 31 mars 1919 sur les pensions de guerre (art. 64), et 1er juillet 1938 sur les accidents.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

DÉNOMINATION	COMPOSITION et POSOLOGIE	INDICATIONS
ADOVERNE "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Glucosides de l'Adonis Vernalis* Gouttes : 20 à 40 p. j. Gran. : 2 à 4. Supp. : 1 p. j.	Insuffisances cardio-rénales
COLITIQUE Laboratoires du Dr P. ASTIER 42 et 41 à 47, rue du Docteur-Blanche Paris (16e)	*Vaccin curatif anticolibacillaire* Adopté par les Hôpitaux et le Ministère des Colonies *Voie buccale* : Une ampoule le matin à jeun, vingt minutes avant le petit déjeuner, dans un peu d'eau minérale ou de tisane non sucrée	Toutes affections à colibacilles Gastro-entérite, Pyélonéphrite, Cystite, Maladies infectieuses des organes génitaux féminins, Ictère, etc...
ENDOPANCRINE Laboratoire de l'ENDOPANCRINE 48, rue de la Procession, Paris (15e)	*Solutions d'Insuline purifiée injectables*	Diabète et ses complications Cure d'engraissement Insuffisances cardiaques Ménorragies d'origine ovarienne
HISTOGÉNOL Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Arsénio-phosphothérapie organique*	Très puissant reconstituant, indiqué dans tous les cas où l'organisme débilité réclame un réparateur sûr et énergique
LAROSCORBINE "ROCHE" Produits ROCHE 10, rue Crillon, Paris (4e)	*Vitamine C synthétique cristallisée* Comp. : 2 à 4 p. j. Amp. 2 cm³ : 1 à 2 p. j. Amp. 5 cm³ : 1 p. j.	Toutes déficiences organiques
LYSAPYRINE (402 M) Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Sulfamide pyridique aluminique*	Gonococcies - Pneumococcies Streptococcies - Méningococcies
LYXANTHINE ASTIER Laboratoires du Dr P. ASTIER 42 et 41 à 47, rue du Docteur-Blanche Paris (16e)	Composé anti-arthritique *Iodo-propanol sulfonate de sodium* *Bitartrate de lysidine* *Gluconate de calcium* Granulé effervescent Une cuillerée à café le matin à jeun	Goutte, Gravelle, Rhumatismes Névralgies rhumatismales, Arthrites Cellulites
OLÉTHYLE-BENZYLE LABORATOIRE CENTRAL DE PARIS 112, faubourg Saint-Honoré, Paris (8e)	*Benzoate de Benzyle pur*	Hypertension Angine de poitrine Tous états spasmodiques
PULMOREX (109 M) Etablissements MOUNEYRAT à Villeneuve-la-Garenne (Seine)	*Dérivé soluble de la Sulfamide* *(Paraaminophényl-sulfamide méthylène sulfonate de soude)*	Traitement des voies respiratoires Infections du cavum Streptococcies - Gonococcies
SEL DE HUNT Laboratoire Alph. BRUNOT 16, rue de Boulainvilliers, Paris (16e)	*Granulé friable,* *à base de carbonates absorbants, neutralisants et calmants* (Na, Ca, Mg)	Hyperchlorhydrie Fermentations acides Gastralgies

QUELQUES PARTICULARITÉS DE LA COQUELUCHE

Par L. Babonneix
Membre de l'Académie de Médecine

Tous les médecins savent que la coqueluche est une infection spécifique, due au bacille de Bordet-Gengou, qu'elle est contagieuse, qu'elle sévit sous forme endémo-épidémique, frappant surtout les enfants, et qu'elle se caractérise par des quintes, suivies de reprises, et terminées par l'expulsion de mucosités filantes. Mais, dans son histoire, que de particularités intéressantes, et dont certaines comportent d'immédiates déductions pratiques!

En ce qui concerne l'étiologie, il est classique d'admettre que la maladie *atteint son maximum de fréquence de 2 à 5 ans* (Rilliet et Barthez) et qu'elle est contagieuse pendant la période des quintes : autant de notions qu'il convient peut-être de modifier ou de compléter.

Sans doute, Rilliet et Barthez ont-ils raison d'une manière générale. N'empêche que la loi qu'ils ont édictée est passible de nombreuses exceptions. Quel pédiatre n'a pas vu de coqueluche chez le nourrisson? Dans notre service de l'hôpital Saint-Louis, nous en observons chaque année quelques cas. Nous avons même eu, vers 1909, l'occasion d'en suivre un chez un enfant de dix jours, qui avait été contagionné par ses frères et sœurs, et qui mourut de broncho-pneumonie. Il n'est pas exceptionnel que les vieillards soient pris. Nous gardons le souvenir de deux professeurs à la Faculté de médecine de Paris, âgés l'un de 60, l'autre de 90 ans, lorsqu'ils « firent » une coqueluche particulèrement tenace.

Quand a lieu la contagion? A ce sujet, trois opinions.

Pour les classiques, dès le début et tant que dure la période des quintes.

Pour Rousseau-Saint-Philippe (de Bordeaux), toute la vie, la maladie évoluant sous forme camouflée et ne guérissant jamais.

Pour le professeur Bard (de Lyon), seulement avant la période des quintes. A l'appui de cette manière de voir, qui est la nôtre, rappelons l'exemple souvent cité. Une institutrice perdue dans le bled algérien, et n'ayant personne à qui confier sa fille, la remit en classe dès que l'apparition des quintes permit le diagnostic. Aucun des enfants qui suivaient l'école ne fut contaminée.

Un mot d'anatomie pathologique. On s'est longtemps demandé à quoi attribuer l'excitation du nerf laryngé supérieur, cause immédiate de la quinte. Ne serait-elle pas le fait de cette *laryngite nécrosante*, précoce et durable, que les auteurs considèrent comme pathognomonique?

Au chapitre symptomatologie, quelques particularités méritent d'être mentionnées.

La maladie succède parfois à une laryngite striduleuse, fait noté par Rilliet et Barthez, comme par Henri Roger, et que nous avons aussi observé.

Les quintes peuvent être *frustes*, sans reprises, ou même *larvées* (H. Roger) ; le type de ces dernières étant fourni par les quintes soit *nasales*, soit *gutturales*, faites, les premières, d'éternuements, les secondes, de hoquets, suivis l'une et l'autre de reprise.

L'évolution est parfois coupée d'épisodes fébriles, que n'explique aucune complication, et qui sont, vraisemblablement, d'origine septicémique (voir Hutinel). Nous avions un jour appelé ce vieux maître auprès d'un petit malade chez qui, au cours d'une coqueluche en apparence banale, la température était brusquement montée à 39°, et sans qu'on trouvât nulle part la cause de cette ascension : « Feu de paille, nous dit-il, épisode sans portée. Si vous ne trouvez pas de broncho-pneumonie, c'est qu'il n'y en a pas ». Et, de fait, la température tomba dès le lendemain. M. Araoz Alfaro a décrit de son côté des coqueluches non compliquées fébriles, fait d'autant plus important que, pour les classiques, la maladie reste apyrétique tant qu'il n'existe pas de complications.

Dans le même chapitre rentrent encore les *récidives* exceptionnelles, mais dont nous avons observé un cas typique, avec le professeur Hutinel, chez une dame étrangère, qui avait contracté la maladie de sa fille, et les complications, que nous n'avons nullement l'intention d'énumérer ici. Bornons-nous, à leur sujet, à quelques remarques :

L'existence d'une *ulcération du frein*, chez un enfant atteint de broncho-pneumonie et sur lequel on n'a aucun renseignement, impose immédiatement le diagnostic de coqueluche.

Il n'est pas toujours aisé de déterminer la nature des complications nerveuses et ce n'est que d'une manière toute artificielle qu'on peut les répartir en trois groupes.

Les premières, survenant immédiatement après une forte quinte, sont probablement dues à une hémorragie cérébrale. Tel est le cas de certaines hémiplégies, avec ou sans aphasie.

Les secondes : paralysies des nerfs craniens, mouvements choréiques, relèvent sans doute d'une « encéphalite », c'est-à-dire d'une localisation sur l'encéphale du bacille de Bordet-Gengou et de son endotoxine. Notons à ce propos que les convulsions généralisées peuvent rentrer, selon les cas, dans l'une ou l'autre de ces deux premières catégories.

Les troisièmes, consistant en paralysies flasques et atrophiques avec gros troubles des réactions électriques, rappellent de très près la poliomyélite antérieure aiguë. Doivent-elles être considérées comme autant de *paralysies infantiles secondaires?* La question est encore discutée. Pour la résoudre, un seul moyen, malheureusement délicat et onéreux : la recherche de la réaction de neutralisation du virus de la poliomyélite par le sérum du malade, qui, lorsqu'elle est négative, permet d'éliminer à coup sûr la paralysie infantile.

La *broncho-pneumonie est d'autant plus fréquente et grave que la coqueluche frappe des sujets dont la gorge était en plus médiocre état*, remarque faite par M. P. Nobécourt, et dont nous avons eu souvent l'occasion de constater la justesse.

Cette *broncho-pneumonie peut passer à l'état chronique et simuler la tuberculose* (Rilliet et Barthez, V. Hutinel), dont on la distinguera surtout par la recherche du bacille de Koch dans l'expectoration, dans les selles ou dans le suc gastrique, selon les cas.

La *coqueluche du nourrisson* doit être bien connue, car elle n'a ni quintes nettes ni reprise. Elle ne s'en accompagne pas moins, en bien des cas, de tachycardie, de pâleur, de cyanose. L'état général est médiocre, la fièvre élevée. Trop souvent elle se termine par la mort, due, selon les cas, à un spasme de la glotte ou une broncho-pneumonie.

Comment fixer le pronostic? En tenant compte des facteurs de gravité suivants :

Age. — La maladie est d'autant plus sévère que l'enfant est plus jeune. *Existence d'une affection antérieure* ancienne (végétations adénoïdes, hypertrophie des amygdales) ou récente : grippe ;

Fréquence des quintes. — Au delà de soixante accès par jour, le pronostic est fatal, aujourd'hui comme du temps de Trousseau.

Nature des complications. — Le spasme de la glotte, heureusement rare, est presque toujours mortel.

Milieu. — Bénigne en ville, la maladie revêt une gravité excessive à l'hôpital, raison de l'encombrement nosocomial.

La maladie prédispose-t-elle à la tuberculose? Les anciens auteurs le croyaient. A l'appui de leur opinion, on a fait valoir les résultats négatifs chez les coquelucheux, de la cuti-réaction (Variot, Paisseau et Tixier). Les auteurs les plus récents : L. Bernard, Mouisset, n'admettent pas ce rapport de causalité, qui ne nous a pas frappé non plus, entre les deux maladies.

Le DIAGNOSTIC est-il facilité par les méthodes de laboratoire? Non pour la *réaction agglutinante*, tardive et inconstante, oui si l'on recourt à la *déviation du complément*, qui apparaît dès la troisième semaine et qui nous a fourni, dans quelques cas, de précieux renseignements.

Pour le TRAITEMENT, nous restons fidèle à la *belladone*, sans méconnaître qu'elle est très dangereuse à manier en raison de sa grande toxicité. Pour en tirer le maximum d'avantages, avec le minimum de risques, nous ne la donnons qu'à des sujets de plus de quatre ans, uniquement sous forme de teinture de feuille au I/Xe (1 g. = LVII gouttes), à petites doses (1 goutte par année d'âge, sans dépasser X), diluées dans un peu d'eau ou dans une mixture, mélangée aux teintures de drosera et de grindelia, réparties sur les différentes heures de la journée, et nous nous empressons d'arrêter au premier signe d'intoxication, représenté par la mydriase. Chez les enfants au-dessous de quatre ans, nous donnons, soit l'*antipyrine*, par paquets de 0 g. 05, deux à quatre par jour, dans un peu d'eau sucrée, soit le *gardénal*, d'un à cinq centigrammes *pro die*, selon l'âge. En cas de broncho-pneumonie, rien ne vaut le café vert, selon la méthode de L. Mercier, de Montluçon. Enfin, en cas d'encéphalite, on s'adressera au salicylate de soude, à l'urotropine, à l'iodaseptine, aux cultures tuées de B. prodigiosus, en injections intraveineuses ou intramusculaires selon l'âge.

L'envoi à la mer, à la montagne ou aux stations arsenicales (Le Mont-Dore, La Bourboule), ou arsenico-sulfureuse (Saint-Honoré) nous a donné, en cas de bronchite traînante, les meilleurs résultats.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 18 DÉCEMBRE 1940

Etude sur le milieu humoral des plaies. M. SAUVÉ fait un rapport sur ce travail de M. MELNOTTE consacré à l'étude du PH des plaies de guerre.

Anthrax grave de la lèvre supérieure traité par injection intracarotidienne de mercurochrome. Guérison. Rapport de M. LEVEUF sur cette observation de M. H. GODARD. Echec complet du traitement par le dagénan et radiothérapie sur cette staphylococcie maligne de la face. Devant la gravité de l'état, ligature de la veine angulaire de la face et injection intraartérielle; amélioration stupéfiante au bout de 48 heures.

M. de Fourmestreaux bien que très satisfait en général des injections intraartérielles a eu un échec dans une staphylococcie maligne de la face.

Les sulfamides dans la chirurgie des traumatismes. — CLOTURE DE LA DISCUSSION.

M. LEGROUX montre que le seul agent à utiliser en application locale en raison de son innocuité absolue et de son activité est le 1162 F.

En règle on a associé application locale et médication *per os*, cette dernière ayant pour but de prolonger l'action de la première ; comme l'a démontré Tréfouël, il faut d'emblée obtenir une concentration élevée au siège même de l'infection ; aussi les doses de 10 et 15 grammes n'apparaissent-elles pas excessives à M. Legroux qui estime que dans certains cas on pourrait atteindre 30 et 40 grammes. L'absorption ne se fait pas d'une façon uniforme au niveau de toutes les parties de la plaie.

Il est indispensable de surveiller au cours du traitement la teneur du sang en sulfamide.

Localement l'action du sulfamide est bactériostatique ; on ne saurait en mesurer exactement la valeur par le nombre des bactéries trouvés par champ après prélèvement sur la plaie. Qu'importe leur chiffre plus ou moins élevé si la plaie évolue vers la cicatrisation.

M. LENORMANT après avoir rappelé les étapes qui ont amené les chirurgiens français à utiliser les sulfamides en applications locales, en précise avec de nombreux exemples les indications. Dans les plaies fraîches, le sulfamide a été utilisé dans trois circonstances différentes :

1° Chez des blessés non opérés ; les plaies sulfamidées étaient en bon état et ne suppuraient pas ;

2° Chez des blessés opérés d'une manière insuffisante ; là encore la sulfamidothérapie a agi très favorablement ;

3° A la suite d'interventions chirurgicales ; c'est là qu'il est le plus difficile d'apprécier exactement l'influence de l'application sulfamidée.

Dans les plaies infectées, surtout dans les infections gangréneuses, tous les auteurs se félicitent de l'action des sulfamides qui a permis d'éviter des amputations et sans doute des morts.

Election du bureau pour 1940. — M. P. MATHIEU devient président ; M. L. BAZY, vice-président et M. P. BROCQ, secrétaire général.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Nouvelles obligations légales pour tout membre des professions médicales en vue des allocations familiales

1° *Obligation stricte.* — Quel que soit son domicile en France métropolitaine, qu'il ait du personnel professionnel ou non, qu'il ait des enfants ou non, tout membre des professions médicales (médecin, pharmacien, chirurgien, dentiste, vétérinaire, sage-femme, herboriste) est, depuis le 1er avril 1940, assujetti légalement à s'affilier à l'unique caisse agréée pour ces professions : La *Caisse d'Allocations Familiales des Professions Médicales* (dont le siège social est 22, rue Drouot, et le siège administratif 66, rue de la Chaussée-d'Antin).

2° *Les sections.* — Dans cette Caisse, tout membre des professions médicales doit être inscrit, soit à la Section dite patronale, s'il exploite des salariés exclusivement pour sa profession, soit à la Section dite des travailleurs indépendants, s'il est sans personnel ou s'il n'emploie que des domestiques.

3° *Sanctions légales.* — (*J. O.* du 5 mai 1940.) — Lorsqu'un assujetti n'a pas adhéré à une Caisse de compensation d'allocations familiales, le préfet l'inscrit d'office ; dans ce cas, la cotisation est majorée de 10 %.

4° Ceux qui sont déjà inscrits pour leur personnel professionnel à d'autres Caisses, pourront démissionner et s'affilier à la Caisse des Professions Médicales.

5° *Domestiques.* — Tout membre des professions médicales est assujetti, depuis le 1er avril 1940, à l'affiliation aux allocations familiales pour les domestiques ; il peut le faire à cette même Caisse.

6° *Cotisations dues actuellement pour tout travailleur indépendant.* — Pour contribuer à la compensation des allocatione familiales qui partent du 1er avril 1940, tout assujetti doit dès maintenant :

A. — Les cotisations fixes :

— Droit d'entrée .... 25 fr.

— Avance (remboursable) pour le fonds de roulement .... 125 fr.

— Cotisation annuelle fixe........................ 20 fr.

A verser de suite.

B. — Trois cotisations trimestrielles, dites de compensation pour 1940, fixées actuellement pour chaque mois à raison de 4 % du taux des salaires moyens mensuels (catégorie rurale ou catégorie urbaine).

Régler dès réception de l'appel de cotisation.

7° *Taux des allocations familiales.* — Les deux salaires moyens de chaque département, fixés par arrêté ministériel, servent de base au barème des allocations : 10 % pour le second enfant, 20 % pour chacun des suivants, jusqu'à 17 ans;

Pour les allocataires, les cotisations trimestrielles seront déduites des allocations.

8° *Mobilisés.* — Les cotisations trimestrielles et les allocations ne sont dues qu'à partir de la démobilisation des affiliés.

9° *Versement des cotisations.* — Une somme de 170 francs doit être versée dès maintenant et de préférence par les compte-courant chèques postaux, soit par mandat-carte, soit par virement, au nom de la *Caisse d'Allocations Familiales des Professions Médicales*, 66, rue de la Chaussée-d'Antin, à Paris (9e), Section des travailleurs indépendants.

Le compte chèques postaux, pour la Section des travailleurs indépendants, est Paris 490-63.

Tout membre des professions médicales tiendra à honneur d'observer scrupuleusement toutes ces obligations légales et comprendra son devoir de solidarité.

L'année thérapeutique ; médicaments et procédés nouveaux (13e année, 1938) avec la table alphabétique des années 1931-1937), par le Dr A. RAVINA. — Un volume de 188 pages. Prix : 25 francs, chez Masson et Cie, à Paris, 1939.

TABLE DES MATIÈRES

1940

A

B

Les chiffres suivis d'un astérisque correspondent à des articles originaux.

C

D

E

F

G

H

P

Q

R

S

TRAITEMENT DE L'ENTÉRITE ET DE L'ENTÉRO-COLITE

La plupart des entérites et des entéro-colites sont dues au développement dans l'intestin des germes pathogènes protéolytiques dont les sécrétions irritent les parois intestinales, d'où les spasmes, l'hypersécrétion, les coliques, la diarrhée dans la plupart des cas, notamment dans les entérites aiguës, la constipation dans certains cas d'entéro-colite, quand le spasme domine l'hypersécrétion.

On sait depuis les travaux de METCHNIKOFF que le vrai traitement de l'infection intestinale consiste à favoriser le développement du bacille lactique, l'antagoniste des microbes protéolytiques.

Le traitement lactique pourtant n'a pas tenu ses promesses; parce qu'on s'est contenté jusqu'ici de faire absorber du bacille lactique. Trouvant dans l'intestin des conditions de développement défavorables, il ne peut profiter et reste sans effet Pour réaliser un traitement lactique efficace, il faut lui fournir un aliment. C'est là le secret du succès de l'AMIDAL.

L'AMIDAL associe aux ferments lactiques de l'amidon paraffiné, préparé suivant la technique du professeur DOUMER, qui parvient non digéré jusque dans les parties les plus éloignées de l'intestin et y fournit au bacille lactique l'aliment qui permet sa prolifération. Dès lors, l'infection putride anaérobie ne résiste pas à son ennemi naturel.

Les entérites aiguës guérissent d'habitude en moins de quarante-huit heures, même dans les cas les plus graves, dans la diarrhée infantile par exemple. Toutes les diarrhées sont rapidement enrayées, même la diarrhée des tuberculeux si tenace; l'entéro-colite chronique que les antiseptiques intestinaux, toujours irritants, ne parviennent pas à améliorer, cède au seul bon traitement physiologique des infections intestinales que représente l'AMIDAL. Ce médicament agit non seulement sur les formes qui donnent de la diarrhée, mais aussi sur la constipation d'origine spasmodique des entéro-colitiques.

L'AMIDAL s'ordonne, soit en poudre à la dose d'une cuillerée à soupe à la fin de chacun des deux repas principaux, mêlée à de la confiture ou à une demi-banane bien écrasée, soit en cachets, comprimés ou dragées à la dose de 6 à 8 par vingt-quatre heures.

Il est utile dans certains cas d'entéro-colite d'associer au traitement de l'infection un traitement symptomatique dirigé contre le spasme et l'hypersécrétion qui favorisent dans une certaine mesure la persistance de l'infection protéolytique. A ce point de vue, la GENATROPINE est d'une efficacité remarquable. A petite dose (x à xx gouttes ou 1 ou 2 granules 2 ou 3 fois par jour) elle fait disparaître les coliques douloureuses, lève le spasme, tarit la diarrhée.

Laboratoires des Produits AMIDO,
4, Place des Vosges, PARIS
Echantillons médicaux sur demande.

AMIDAL
GÉNATROPINE



TABLE DES AUTEURS

1940

Les chiffres suivis d'un astérisque correspondent à des articles originaux.

Le Directeur-Gérant : Dr François Le Sourd.

Imp. Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris





